

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

TARJETA ACREDITATIVA DEL GRADO DE DISCAPACIDAD. (Código procedimiento: 5245)

- SOLICITUD ORDINARIA
- RENOVACIÓN POR CADUCIDAD
- SOLICITUD POR EXTRAVÍO, DETERIORO O SUSTRACCIÓN

Orden de _____ de _____ de _____ (BOJA nº _____ de fecha _____)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y SU REPRESENTACIÓN							
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:		
DNI/NIE:		FECHA DE NACIMIENTO:			SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
TIENE RECONOCIDO OFICIALMENTE UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
APELIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, en su caso							
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRE:		DNI/NIE:	
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					

2 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (Cumplimentar únicamente en el caso de que no coincida con el indicado en el apartado 1)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/ Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico: _____						Nº teléfono móvil: _____	

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA							
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación del/de la representante legal.							

4	CONSENTIMIENTOS EXPRESOS
<p>CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE (cumplimentar sólo en caso de que la persona solicitante sea una persona física, no jurídica)</p> <p>Marque una de las opciones.</p> <p><input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporta copia del DNI/NIE.</p>	
<p>CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA REPRESENTANTE</p> <p>Marque una de las opciones.</p> <p><input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporta copia del DNI/NIE.</p>	
<p>CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE RESIDENCIA DE LA PERSONA SOLICITANTE</p> <p>Marque una de las opciones.</p> <p><input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporta copia del Certificado de Empadronamiento.</p>	
5	PETICIÓN DE REMISIÓN DE TARJETA
<p><input type="checkbox"/> La persona abajo firmante SOLICITA que la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad le sea remitida por correo certificado con acuse de recibo al domicilio que consta en esta solicitud a efectos de notificaciones.</p> <p><input type="checkbox"/> La persona abajo firmante AUTORIZA a que D./D^a.: , con DNI/NIE: recoja personalmente la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad.</p>	
6	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, SE COMPROMETE a cumplir los compromisos que figuran en la Orden arriba reseñada y SOLICITA la concesión de la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad.</p> <p style="text-align: center;">En a de de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p>	

ILMO/A SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la persona titular de la Dirección General de Personas con Discapacidad, cuya dirección es Avda. Hytasa, 14 CP: 41071 Sevilla
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección dpd.cips@juntadeandalucia.es.
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la obtención de la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad, cuya base jurídica es la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica. <https://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>