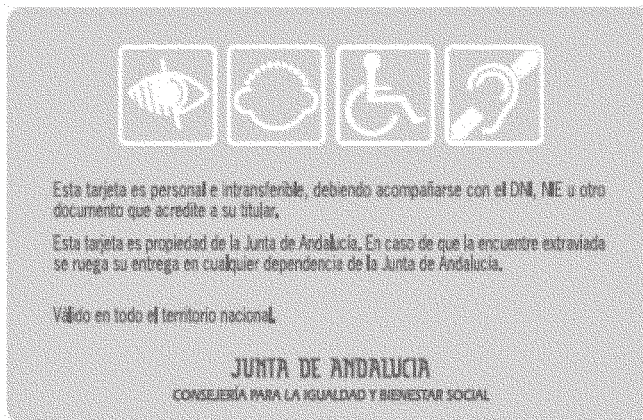


Contenido del reverso: Determinación de la propiedad de la tarjeta y condiciones para la utilización de la misma.

ANVERSO:



REVERSO:



ANVERSO ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
 Dirección General de Personas con Discapacidad

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

TARJETA ACREDITATIVA DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

SOLICITUD RENOVACIÓN

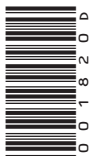
Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL									
PRIMER APELLIDO:			SEGUNDO APELLIDO:				NOMBRE:		
DNI/NIE:			FECHA NACIMIENTO:				SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		
TIPO VÍA:	NOMBRE:			NÚM:	BLOQUE:	ESC:	PISO:	PUERTA:	
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					
TIENE RECONOCIDO OFICIALMENTE UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33% <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, en su caso									
PRIMER APELLIDO:			SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRE:			DNI/NIE:	
TIPO VÍA:	NOMBRE:			NÚM:	BLOQUE:	ESC:	PISO:	PUERTA:	
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:									
TIPO VÍA:	NOMBRE:			NÚM:	BLOQUE:	ESC:	PISO:	PUERTA:	
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					

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

3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE/CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad/empadronamiento a través de los Sistemas de Verificación de Identidad y de Verificación de Datos de Residencia, respectivamente, y la de la persona representante, en su caso.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE y del Certificado de Empadronamiento.

4 PETICIÓN DE REMISIÓN DE TARJETA
<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.
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante AUTORIZA a que D:/Dª recoja personalmente la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad.



REVERSO ANEXO II

5	DECLARACIÓN, SOLICITUD, 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 ade de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE O, EN SU CASO, EL/LA REPRESENTANTE LEGAL</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p>	

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de la solicitud. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14. 41006 - SEVILLA.</p>
--

001820D