

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

TARJETA DE APARCAMIENTO DE VEHÍCULOS PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA
(Código procedimiento: 8730)

- SOLICITUD ORDINARIA
- SOLICITUD POR RAZONES HUMANITARIAS
- 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: | | CÓD. POSTAL: |
| NÚMERO TELÉFONO: | NÚMERO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | |
| 2 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO: | | | SEGUNDO APELLIDO: | | | NOMBRE: | |
| DNI/NIE/NIF: | | | FECHA DE NACIMIENTO: | | | SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | |
| 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: | | CÓD. 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 | 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> | |
| <p>CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE CONDICIÓN DE PENSIONISTA POR INVALIDEZ DEL INSS/ CLASES PASIVAS</p> <p>Marque una de las opciones.</p> <p><input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de condición de Pensionista por Invalidez del INSS/ CLASES PASIVAS a través del Sistema de Verificación de Datos de Prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta Resolución del INSS/ Certificado actualizado correspondiente.</p> | |
| <p>CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DATOS DE SALUD</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 salud en el sistema DIRAYA</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta informes médicos y/o psicológicos correspondientes.</p> | |
| 4 | PETICIÓN REMISIÓN DE TARJETA |
| <p><input type="checkbox"/> La persona abajo firmante SOLICITA, que la tarjeta de aparcamiento le sea remitida por correo certificado con acuse de recibo al domicilio que consta en esta solicitud a efectos de notificaciones.</p> | |
| 5 | AUTORIZACIÓN |
| <p><input type="checkbox"/> La persona abajo firmante AUTORIZA a que D./D^a.: , con DNI/NIE: recoja personalmente la tarjeta de aparcamiento.</p> | |
| 6 | DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN (Original y/o copia para su cotejo) |
| <p><input type="checkbox"/> Documentación que acredita la representación, si se actúa mediante representante.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado del personal médico facultativo del Sistema Sanitario Público de Andalucía visado por la inspección de los servicios sanitarios competentes, en caso de solicitud por razones humanitarias.</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta caducada o deteriorada, en caso de solicitud por renovación o deterioro.</p> <p><input type="checkbox"/> Denuncia presentada ante la Policía Local, en caso de solicitud por extravío o sustracción.</p> | |
| 7 | SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA |
| <p>La persona abajo firmante DECLARA, 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 de Aparcamiento.</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> | |

002466/2D

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE EDUCACIÓN, DEPORTE, IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES Y CONCILIACIÓN 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:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la persona titular de la Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión, cuya dirección es Avda. Hytasa, 14 CP: 41071 Sevilla
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección dpd.cipsc@juntadeandalucia.es.
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la obtención de la tarjeta de aparcamiento de vehículos para personas con movilidad reducida, 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.
- d) 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>