

**AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE LA
TARJETA DE ESTACIONAMIENTO PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PUESTA A
FIRMA POR LA PERSONA TITULAR***

Yo, _____,
con DNI _____-_____, autorizo a
_____, con DNI
_____-_____, a recoger mi tarjeta de estacionamiento
en las dependencias municipales de la Avenida Abenarabi
y entregármela para firmarla, llevándola de nuevo al
Ayuntamiento para que sea sellada y plastificada, según la
normativa vigente, no pudiendo hacer uso de la nueva
tarjeta hasta completar este trámite.

En _____, a _____ de _____ de 202__

Firma =>

Firmado: _____

* Según lo dispuesto en la normativa reguladora de la tarjeta, la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común y la Nota Aclaratoria del IMAS en relación a la tarjeta de estacionamiento de vehículos para personas con discapacidad:

	<p>DECRETO</p> <p>REGÍSTRESE Y PASE A TRÁFICO</p> <p>El Director de la Oficina del Gobierno Municipal</p>
---	---

NOMBRE y APELLIDOS ó RAZÓN SOCIAL			D.N.I / N.I.E / PASAPORTE / C.I.F.		
FECHA NACIMIENTO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL		SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD	TELÉFONO DE CONTACTO	
REPRESENTANTE, EN SU CASO				D.N.I / N.I.E / PASAPORTE	

EXPONE:

Que reuniendo los requisitos establecidos en la normativa vigente para obtener la Tarjeta de Estacionamiento para personas con Discapacidad, para lo que se adjuntan los documentos acreditativos siguientes:

Dictamen Técnico Facultativo ó Certificado de Discapacidad expedido por el IMAS, cuya valoración de la movilidad, sea igual o superior a 7 puntos; o certificado de la ONCE.

Volante de Empadronamiento.

Fotocopia del D.N.I. /Pasaporte / o Permiso de Residencia.

Dos fotografías a color, tamaño carné.

Fotocopia de la denuncia, en caso de robo.

Declaración Responsable en caso de extravío.

Autorizo a este Ayuntamiento a obtener la documentación necesaria para la tramitación de este expediente que obre en poder de esta Administración o de cualquier otra.

SOLICITA: Que sea expedida la tarjeta de estacionamiento de vehículos para personas con discapacidad, por *(marcar lo que proceda)*

PRIMERA VEZ RENOVACIÓN ROBO o EXTRAVÍO

Por la situación acreditada de *(marcar lo que proceda)*

MOVILIDAD REDUCIDA REDUCCIÓN VISUAL

LUGAR y FECHA Murcia a	FIRMA
----------------------------------	-------

Excmo. Sr. Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Murcia

AUTORIZO al Ayuntamiento de Murcia al tratamiento de mis datos personales conforme al Reglamento de Protección de datos de la Unión Europea 2016/679 a los efectos de su ámbito de competencia.

La presentación de este escrito implica mi consentimiento para el tratamiento de los datos contenidos en el mismo, de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea 2016/679.

Responsable del tratamiento	Ayuntamiento de Murcia Dirección postal: Glorieta de España, núm. 1 30004-Murcia Teléfono: 968-358600
Datos del Delegado de P. de Datos	dpd@ayto-murcia.es
Finalidad	Gestión de servicios públicos Los datos facilitados se conservarán mientras no se solicite su supresión por el interesado o hasta el plazo que indique la Ley
Legitimación	El consentimiento del interesado. Art. 6-1-a Rgto. GPD
Destinatarios	No se cederán datos a terceros salvo obligación legal
Derechos	El interesado tiene derecho a - Solicitar el acceso a sus datos personales - Solicitar su rectificación o supresión - Derecho a solicitar la limitación del tratamiento - Derecho a la portabilidad de los datos
Información adicional	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de datos en el Portal de Transparencia, www.murcia.es y en el portal de AEPD www.aepd.es