

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

 Documentación acreditativa de la representación del/de la representante legal.

## 3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE/CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO

- 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.
- NO CONSIENTE** y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE y del Certificado de Empadronamiento.

## 4 PETICIÓN DE REMISIÓN DE TARJETA

- 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.
- La persona abajo firmante **AUTORIZA** a que D:/Dª ..... con D.N.I: ..... recoja personalmente la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad.



**5 DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

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.

En ..... a ..... de ..... de .....  
LA PERSONA SOLICITANTE O, EN SU CASO, EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: .....

**ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL****PROTECCIÓN DE DATOS**

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.