



SOLICITUD DE TARJETA ACREDITATIVA DEL GRADO DE DISCAPACIDAD(Es necesario disponer de grado de minusvalía igual o superior al 33%)

SOLICITANTE			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIE
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
DOMICILIO	Nº	PISO	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	COMUNIDAD AUTÓNOMA	TELÉFONO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIE
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
DOMICILIO	Nº	PISO	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	COMUNIDAD AUTÓNOMA	TELÉFONO
RELACIÓN CON EL INTERESADO	REPRESENTANTE LEGAL	GUARDAOR DE HECHO	PARENTESCO

Ena,..... de200

Fdo:.....

ILMA SRA DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: LE INFORMAMOS QUE LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD SE INTEGRARÁN EN LOS FICHEROS AUTOMATIZADOS DE RECONOCIMIENTO DE GRADO DE MINUSVALÍA ,SIN QUE PUEDAN SER UTILIZADOS PARA FINALIDADES DISTINTAS O AJENAS A LA APLICACIÓN, TODO ELLO DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL ESTABLECIDOS EN LA LEY ORGÁNICA 15/1999,DE 13 DE DICIEMBRE D EPROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL .