



ANEXO II

Consejería de Salud
y Bienestar Social

SJJ2

SOLICITUD DE TARJETA ACREDITATIVA DE GRADO DE DISCAPACIDAD

I.- Solicitante

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
NIE/NIF	Fecha de nacimiento	Correo electrónico

II.- Representante legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
NIE/NIF	Fecha de nacimiento	Correo electrónico
Relación con el solicitante		

III.- Domicilio a efectos de notificaciones

Domicilio (denominación de la vía pública, número, letra, escalera...)		
Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico

IV.- Declaración

El abajo firmante hace declaración expresa y responsable de la veracidad de los datos que figuran en la presente solicitud y autoriza a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos. Asimismo, se compromete a hacer uso adecuado de la tarjeta siendo consciente de que la utilización fraudulenta de la misma dará lugar a su cancelación, sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran exigirse.

V.- Solicitud

El abajo firmante solicita sea emitida tarjeta acreditativa de grado de discapacidad a nombre del solicitante.

VI.- Protección de datos

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, quedo informado que los datos recogidos en esta Solicitud serán incluidos en un fichero informático responsabilidad de la Consejería de Salud y Bienestar Social, cuya finalidad es la recogida de datos para la emisión de esta tarjeta, pudiendo ejercer ante el citado Organismo el derecho de acceso, rectificación o cancelación, en su caso.

En, a de de 20....
(Firma)

SR./SRA. DELEGADO/A PROVINCIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE