**010070**

**SD22**

**SOLICITUD DE LA TARJETA DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON MOVILIDAD REDUCIDA**

**Nº Procedimiento**

**Código SIACI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **En caso de persona física:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | | |  | | | | | | | | | | Nº de documento: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | |  | | | | | | | 1º Apellido: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 2º Apellido: | | | | |  | | | |  | | |
| Hombre  Mujer | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Nacionalidad: | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| **En caso de persona jurídica:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | NIF | | Nº de documento: | | | | | | | |  | | | | | | | | Ámbito de actuación: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
| Razón Social: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de centro: | | | | | |  | | | | | | | Nº de registro: | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | | |  | | | | | CP: | | | | | |  | | | | | | | Población: | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | |  | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | Correo electrónico. | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | | | Nº de documento: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | Nacionalidad: | | | | | | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | |  | | | | | | | | 1º Apellido: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 2º Apellido: | | | | |  | | | |  | | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | | |  | | | | | |  | | | | CP: | |  | | | | | | | |  | Población: | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | |  | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | Correo electrónico: | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relación con la persona (física o jurídica) solicitante: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo postal  *(Podrán elegir esta opción quienes NO estén obligados a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Discapacidad. |
| **Finalidad** | Otorgar tarjetas de estacionamiento para facilitar los desplazamientos de personas con movilidad reducida permanente. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos; Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha, y el Decreto 74/2016, de 29 de noviembre. |
| **Destinatarios** | No existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica <https://rat.castillalamancha.es/info/0193> |

|  |
| --- |
| **MOTIVOS DE LA SOLICITUD** |
| CONCESIÓN  RENOVACIÓN  EXPEDICIÓN DE DUPLICADO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODALIDAD DE USO** | | | | | | | | |
| **En el caso de uso individual:** | | | | | | | | |
| Persona con discapacidad.  Residente en el Hospital de Parapléjicos.  Razones humanitarias. | | | | | | | | |
| **En el caso de solicitud de tarjeta de estacionamiento de uso colectivo:** | | | | | | | | |
| Datos del vehículo dedicado exclusivamente al transporte colectivo de personas con discapacidad con movilidad reducida: | | | | | | | | |
| Modelo: |  | Marca: |  | Nº de ocupantes: |  | Matrícula: |  |  |
|  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  En caso de Renovación:  Declara expresamente que  SI  NO, se han producido alteraciones en relación con las circunstancias tenidas en cuenta para la concesión o renovación anterior (si hubiera modificación aportará la documentación que proceda).  En caso de solicitud de Duplicado:  Declara que (márquese lo que proceda)  Se debe al extravío o robo de la tarjeta anterior y aporta copia de la denuncia presentada.  Se debe al deterioro de la tarjeta anterior.  Otras causas, aportando los siguientes documentos que justifican la petición:  -      .  -      .  -      .  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de los datos de identidad.  Me opongo a la consulta de residencia.  Me opongo a la consulta del grado de discapacidad.  Me opongo a la consulta de los datos referidos a la inscripción en el Registro de Servicios Sociales regional, en el caso de Entidades  **Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.**  -      .  -      .  -      .  En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.  **Documentación:**  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:  Libro de familia, en su caso.  Fotografía tamaño 32 por 26 milímetros (tipo DNI).  Certificado de la Dirección del Centro de Rehabilitación donde reside la persona interesada, en su caso.  Copia de la denuncia del robo o extravío de la tarjeta de estacionamiento, cuando proceda.  Sentencia del nombramiento del tutor, en su caso.  Certificado médico que acredite su limitación en la movilidad.  Certificado médico acreditativo de concurrir razones humanitarias, en su caso.  Otros (especificar): |

En       a       de       de      .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**