S824

040008

**Código SIACI**

**Nº Procedimiento**

|  |
| --- |
| **ANEXO II****SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTO, INSTALACIÓN O VEHÍCULO DE TRANSPORTE PÚBLICO ACCESIBLE** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido** |
| Persona física [ ]  | NIF [ ]  NIE[ ]  | Número de documento: |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| **Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: NIF y razón social** |
| Persona jurídica [ ]  | Número de documento: |       |  |
|  |
| Razón social: |       |  |
|  |  |  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       | Correo electrónico: |       |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
|  |
| NIF [ ]  NIE [ ]  | Número de documento: |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
|  Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
|  Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |  |
| **Si existe persona representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con la persona representante designada por la persona interesada.** |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| [ ]  Correo postal *(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, exclusivamente para aquellas* *personas que no estén obligadas a la notificación electrónica.)*[ ]  Notificación electrónica *(Si elige o está obligada a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada 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** | Secretaría General de la Consejería de Bienestar Social. |
| **Finalidad** | Gestión de los procedimientos de certificación que acreditan la accesibilidad de establecimientos, instalaciones y vehículos de uso público. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 1/1994, de 24 de mayo, de accesibilidad y eliminación de Barreras en Castilla-La Mancha, el Decreto 158/1997, de 2 de diciembre, y la Orden de 30 de enero de 2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regula la acreditación de establecimientos, instalaciones y vehículos de transporte público accesibles. |
| **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/1213> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **EXPONE:**Que reuniendo los requisitos exigidos por la Ley 1/1994, de 24 de mayo, de accesibilidad y eliminación de barreras en Castilla-La Mancha, y por el Decreto 158/1997, de 2 de diciembre, del Código de Accesibilidad de Castilla-La Mancha. |
| **SOLICITA**:La acreditación de los establecimientos, instalaciones y vehículos relacionados.**RELACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS, INSTALACIONES O VEHÍCULOS PARA LOS QUE SE SOLICITA LA ACREDITACIÓN** (en caso de vehículos especificar el número de matrícula de vehículo adaptado, en caso de centros: su nombre, dirección, localidad, provincia y código postal):*
*
*
*
 |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, 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.**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 de Bienestar Social podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier otra Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente: [ ]  Me opongo a la consulta de datos de identidad.[ ]  Me opongo a la consulta de residencia.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 que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, debe aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento.La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la presente solicitud, y en aplicación de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.**Documentación:**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos (liste los documentos electrónicos o en papel a aportar):1º      2º      3º      4º      5º      6º       |

En      , a       de       de 20     .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**