|  |
| --- |
| **ANEXO II: MODELO DE REPRESENTACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN POR MEDIOS TELEMÁTICOS DE LA SOLICITUD DE CONCESIÓN/RENOVACIÓN DEL TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA.** |

|  |
| --- |
| **OTORGAMIENTO DE LA REPRESENTACIÓN** |
| Nombre:      | 1º Apellido:      | 2º Apellido:      |
| NIF [ ]  NIE [ ]  | Nº de Documento:       | Hombre [ ]  Mujer [ ]  |

|  |
| --- |
| **OTORGA SU REPRESENTACIÓN A:** |
| Persona física: [ ]  |
| Nombre:      | 1º Apellido:      | 2º Apellido:      |
| NIF [ ]  NIE [ ]  | Nº de Documento:       | Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Persona jurídica: [ ]  |
| Entidad (razón social):       | NIF nº:       |
| Persona representante de la Entidad:      Nombre:       1º Apellido:       2º Apellido:      NIF/NIE nº:       Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| **PARA: Únicamente la presentación por vía telemática de la solicitud de concesión/renovación del Título de Familia Numerosa.** |

|  |
| --- |
| **ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN** |
| Con la firma del presente documento la persona/entidad representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma de la persona otorgante. |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Viceconsejería de Servicios y Prestaciones Sociales. |
| **Finalidad** | Gestión y tramitación de los procedimientos relativos a las prestaciones económicas de Servicios Sociales. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos; datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas; el Real Decreto 1621/2005, de 30 de diciembre, y el Decreto 57/2020, de 22 de septiembre. |
| **Destinatarias/os** | 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/0171> |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIONES** |
| Con la presentación de este formulario, 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 Delegación Provincial de la Consejería de Bienestar Social 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 de la persona representante |
| **DOCUMENTACIÓN APORTADA** |
| [ ]  Fotocopia del DNI, NIE o documento equivalente que acredite la identidad de la persona representante, en caso de oposición a la consulta anterior. |

|  |
| --- |
| **NORMAS APLICABLES** |
| Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. |

En       , a       de       de

La persona otorgante       La persona representante

Fdo.:       Fdo.:

|  |
| --- |
| DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE  |