SLRI

080009

**SOLICITUD DE ARBITRAJE DE TRANSPORTES**

Nº Procedimiento

Código SIACI

|  |
| --- |
| **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 | Pasaporte/NIE:[ ]   | Número de documento |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ] **Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social** |
| Persona jurídica [ ]  Número de document | 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 recibirá el aviso de notificación, y en su caso de pago** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
| NIF[ ]  Pasaporte/NIE[ ]  Número de documento | Número de documento: |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| [ ]  Correo postal  *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas 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 obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o 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 Salud Pública |
| **Finalidad** | Gestión de solicitudes de arbitraje de transportes terrestres |
| **Legitimación** | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.Ley 16/1987, de 30 de julio, de Ordenación de los Transportes Terrestres. |
| **Destinatarias/os** | 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/1990> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD FRENTE A LA QUE DIRIGE LA RECLAMACION** |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo de documento, nombre y primer apellido** |
| Persona física [ ]  NIF[ ]  NIE□ Número de documento | Pasaporte/NIE[ ]   | Número de documento |       |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |
| **Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social** |
| Persona jurídica [ ]  Número de document | Número de documento: |       |
|  |
| Razón social: |       |
| Domicilio:  |       |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD**   |
| Asunto (*identifique resumidamente el tema a plantear*):       |
| Expone (*detalle el tema que plantea*):      |
| Solicita *(escriba lo que pretende conseguir del órgano destinatario)*:      |
| Datos económicos: *(Cuantía en euros)*      |

|  |
| --- |
| **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, de 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 lo siguientes datos, salvo que marque expresamente: [ ]  Me opongo a la consulta de datos de identidad.[ ]  Me opongo a la consulta de residencia (sólo aplicable a los solicitantes que tengan la condición de personas físicas)[ ]  Me opongo a la consulta de datos relativos al domicilio fiscal de la entidad solicitante (sólo aplicable a los solicitantes que no tengan la condición de personas físicas)Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.* Documento.      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración de
* Documento.      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración de
* Documento.      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración de

***(En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).*** |
| **DOCUMENTACIÓN APORTADA** |
| [ ]  Contrato de transporte, carta de porte.[ ]  Factura[ ]  Tique[ ]  Fotografía/s[ ]  En el caso de persona física: fotocopia del documento de identidad (solo en el caso que se oponga a su consulta).[ ]  En el caso de persona jurídica: documento de identificación (NIF)[ ]  En el caso de persona representante: fotocopia del documento de identidad (solo en el caso que se oponga a su consulta)[ ]  En caso de persona representante: documento válido en derecho que acredite las facultades de representación de la persona representante.[ ]  En caso de oposición a la consulta de datos de residencia, deberá aportarse certificado de empadronamiento, en caso de que la persona solicitante sea una persona física[ ]  En caso de oposición a la consulta de datos relativos al domicilio fiscal, acreditación del domicilio fiscal, en caso de solicitantes que no tengan la consideración de persona física. |

Firma

En       ,       de       de 20

Organismo destinatario: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Código DIR 3: A08027181