



AYUNTAMIENTO DE ALAMEDILLA

PLAZA EMIGRANTE 1 18520, ALAMEDILLA, GRANADA

## Acceso al Servicio de Teleasistencia o de Ayuda a Domicilio

### Datos del interesado

---

Nº de identificación

Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

### Datos del representante

---

Nº de identificación

Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Poder de representación que ostenta

Nombre de la habilitación

(Solo si Poder de representación = Tengo habilitación especial en esta administración para la representación de iinteresados)

**Soy representante legal de un menor tutelado**

(Solo si Poder de representación que ostenta = Soy representante Legal de un menor de edad)

## **Datos a efectos de notificaciones**

---

Medio de notificación	Email	Móvil				
País	Provincia	Municipio				
Núcleo diseminado		Código postal				
Tipo Vía	Dirección	Número / Km Bloque	Escalera	Planta	Puerta	Extra

## **Expone / Solicita**

---

Expone

Solicita

## **Unidad familiar**

---

NIF	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	SEXO	PARENTESCO	NACIONALIDAD	NIVEL DE ESTUDIOS
-----	--------	-------------------------------------	------	------------	--------------	-------------------

## Deber de Informar a los Interesados sobre Protección de Datos

---

### Información básica sobre protección de datos

Responsable	Ayuntamiento de Alamedilla.
Finalidad	Tramitar procedimientos y actuaciones administrativas.
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos otorgados a esta Entidad.
Destinatarios	Se cederán datos, en su caso, a otras Administraciones Públicas y a los Encargados del Tratamiento de los Datos. No hay previsión de transferencias a terceros países.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información Adicional	<a href="https://sedealamedilla.dipgra.es/opencms/opencms/sede/index.html">https://sedealamedilla.dipgra.es/opencms/opencms/sede/index.html</a>

### Firma

---

PRESTA SU CONSENTIMIENTO para que la entidad realice consultas de los datos del solicitante/representante a través de la Plataforma de Intermediación de Datos y otros servicios interoperables.

Firma

En \_\_\_\_\_  
Municipio

, el \_\_\_\_\_  
Fecha  
(dd/mm/aaaa)