

Anexo B. Acceso al servicio público de teleasistencia

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____

Domicilio de notificación _____ Teléfono _____

Solicita el servicio de teleasistencia:

Ya lo recibe y desea seguir recibéndolo. Ayuntamiento/Diputación donde lo está recibiendo: _____

Lo ha solicitado al margen de la solicitud de valoración de dependencia, pero aún no lo recibe y desea recibirlo.

No lo recibe, no lo ha solicitado, y desea recibirlo.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en las letras c) y d) del artículo 6.1 y 9.2 h) del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que la presentación de esta solicitud posibilita el tratamiento de los datos de carácter personal contenidos en el impreso y obtenidos en la tramitación del procedimiento. En consecuencia, su solicitud habilita para que la Administración Local titular del servicio obtenga directamente, de forma telemática o a través de otros medios, los datos necesarios para prestar, en ejercicio de sus competencias, la atención social demandada, y entre otros los siguientes: datos de identidad, y datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro y otros organismos públicos.

Asimismo, se informa que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión ante el Delegado de Protección de Datos de la Entidad Local, así como otros derechos recogidos en la información básica y adicional sobre protección de datos personales de este procedimiento.

Declaro que he sido informado/a y muestro mi conformidad con el tratamiento de los datos necesarios para obtener la atención solicitada.

** En caso de que NO muestre su conformidad, debe marcar esta casilla: y aportar al procedimiento toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de esta solicitud.*

** En caso de que NO muestre su conformidad, debe marcar esta casilla: y aportar la documentación justificativa sobre sus datos que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud.*

Firma del interesado

(En el caso de menor de edad, persona incapacitada o presunto incapaz, debe firmar aquí su madre, padre, tutor o representante acreditado)

Firma del cónyuge o pareja de hecho:

(En caso de imposibilidad física de firma por parte de la persona interesada o de su cónyuge, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma, nombre y apellidos y el número de DNI de los testigos)

*Si la solicitud la firma persona distinta del interesado, se le informa que con su presentación este órgano podrá consultar telemáticamente sus datos de identidad.

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o para sugerencias de mejora de este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.

Ayuntamiento / Diputación de _____

(Este anexo forma parte de la solicitud y no se puede presentar de forma independiente)