

AUTORIZACIÓN PARA REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA

D/D^a _____, con DNI/NIE _____,
mayor de edad y con plena capacidad de obrar,

AUTORIZO A:

D/D^a _____, con DNI/NIE _____
y fecha de nacimiento _____, a actuar en mi nombre en el procedimiento de
acceso a los servicios sociales y valoración de la situación de dependencia.

***Si el domicilio a efecto de notificaciones es diferente del señalado en su solicitud indíquelo
aquí (a esta dirección se remitirá toda la correspondencia relacionada con el expediente):***

C/ _____, nº _____ puerta _____,
Localidad _____, CP _____ Provincia _____,

En _____, a ____ de _____ de 201__

Firma del solicitante:

--

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 este impreso cumplimentado posibilita el tratamiento de los datos de carácter personal contenidos en él y habilita para que la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León obtenga directamente los datos de identidad de la persona designada como representante. Asimismo, se informa que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión ante el Delegado de Protección de Datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, 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 . *Si NO muestra su conformidad, debe marcar esta casilla: y aportar una copia de su DNI.

Firma del representante autorizado:

--