

SOLICITUD DE TARJETA ACREDITATIVA DE GRADO DE MINUSVALÍA PARA PERSONAS QUE TENGAN RECONOCIDO CON CARÁCTER DEFINITIVO UN GRADO DE MINUSVALÍA IGUAL O SUPERIOR AL 33%

| DATOS DEL SOLICITANTE | | |
|-----------------------|----------------------|----------------|
| 1º Apellido: | | |
| 2º Apellido: | | |
| Nombre: | | |
| DNI | Fecha de Nacimiento: | |
| Grado de Minusvalía | Teléfono: | |
| Domicilio: | | |
| Localidad: | Provincia | Código Postal: |

| DATOS DEL REPRESENTANTE | | |
|------------------------------|-----------|---------------|
| 1º Apellido: | | |
| 2º Apellido: | | |
| Nombre: | | |
| DNI: | Teléfono: | |
| Domicilio: | | |
| Localidad: | Provincia | Código Postal |
| Relación con el solicitante: | | |

El abajo firmante hace declaración expresa y responsable de la veracidad de los datos que figuran en la presente solicitud y solicita se expida la tarjeta acreditativa de grado de minusvalía a nombre del solicitante.

En _____ a _____ de _____ de _____

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCION DE LA AUTONOMIA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA.

CADEX Cáceres -. Plaza de Gantes, 3. 10001

CADEX – Badajoz / C/ Agustina de Aragón 18-A. 06004

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Bienestar Social le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de esta documentación o cualesquiera otra que se requiera para la tramitación de esta solicitud/impreso van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme al procedimiento establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos ante el órgano correspondiente.