



CONSENTIMIENTO Y DEBER DE INFORMAR A LOS INTERESADOS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

He sido informado de que esta Entidad va a tratar y guardar los datos aportados en la instancia y en la documentación adjunta que la acompaña para la realización de actuaciones administrativas | **Responsable:** Ayuntamiento de Tocina | **Finalidad:** Gestión del trámite administrativo | **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros sin consentimiento expreso, salvo a otras Administraciones Públicas y origen legal | **Derechos:** Acceso, rectificación, supresión "derecho al olvido", limitación del tratamiento, oposición | **Información adicional:** <http://www.tocinalosrosales.es/es/politicaprivacidad>

DATOS DEL INTERESADO

Nombre y Apellidos o Razón Social

D.N.I./N.I.E./C.I.F.

DATOS DEL REPRESENTANTE

(Recuerde que deberá aportar documento de representación)

Nombre y Apellidos o Razón Social

D.N.I./N.I.E.

NOTIFICACIONES

Indíquenos como quiere que nos comuniquemos con Ud. en relación a este procedimiento. Recuerde que si se encuentra en alguno de los supuestos contemplados en el art. 14.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo y Común de las Administraciones Públicas, tiene la obligación de relacionarse con este Ayuntamiento a través de medios telemáticos. Así mismo si no marca ninguna casilla se entenderá que opta por la comunicación por medios telemáticos.

Sede electrónica

Correo electrónico

Dirección postal

Dirección

C.P.

Municipio

Provincia

Teléfono

EXPONE

Que el día de de 20 , siendo las horas, he sufrido el accidente que a continuación describo:

- El accidente ocurrió en

EXPONE

(continúa)

- Debido a que

- Como consecuencia de este accidente he sufrido los siguientes daños

VALORACIÓN DE LOS DAÑOS

Si dispone de los datos indique la valoración de los daños

Daños personales valorados en €.

Daños materiales valorados en €.

MEDIOS DE PRUEBA

Los medios, en los que me pretendo valer en prueba, del accidente sufrido, de los daños y lesiones padecidas y de la relación de causalidad entre estos y el funcionamiento del servicio público, son los siguientes:

Asimismo propongo las siguientes pruebas

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

OTRAS ALEGACIONES

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

A continuación indique la documentación que adjunta.

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

CONSENTIMIENTO

- Consentimiento expreso para la consulta de mi D.N.I. / N.I.E. (en caso contrario deberá aportarlo)
- Consentimiento expreso para enviar la documentación médica que adjunto a la compañía aseguradora.

En a de de 20

Firma del interesado

Firma del representante