

INSTANCIA GENERAL

D./D^a. _____
mayor de edad, provisto de D.N.I./N.I.F. núm. _____
en representación de D./D^a _____
mayor de edad, provisto de D.N.I./N.I.F. núm. _____
con domicilio en _____ núm. _____
piso _____ localidad _____
provincia _____ C.P. _____, teléfono _____

EXPONE:

Y como consecuencia de lo expuesto,

SOLICITA:

Las Rozas de Madrid, a _____ de _____ de _____
(Firma)

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos facilitados en el presente formulario y la documentación aportada se incorporarán a ficheros del AYUNTAMIENTO DE LAS ROZAS, con la finalidad de gestionar el trámite de su solicitud. Los cuales no serán cedidos salvo las comunicaciones previstas en la Ley.

El Ayuntamiento se compromete al respecto de la normativa vigente, en especial la aplicación de las medidas de seguridad y confidencialidad de la información tratada. Le informamos que pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación escrita, adjuntando copia del DNI, dirigida al domicilio del Ayuntamiento ubicado en Plaza Mayor, nº 1, 28231 Las Rozas de Madrid, o mediante el envío de un correo electrónico con firma digital reconocida a la siguiente dirección: solicitudesARCO@lasrozas.es

ILMO. SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE LAS ROZAS DE MADRID