ILTMO. AYUNTAMIENTO DE MARIN

ILTMO. CONCELLO DE MARIN

Don/Dona ..... maior de idade, titular do DNI

..... veciño/a de.....con domicilio

en .....

e teléfono..... e-mail.....

EXPÓN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Polo que
SOLICITA

.....

.....

.....

.....

.....

De acordo co establecido na Lei Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Persoal, informámoslle que os datos facilitados nesta instancia e na documentación anexa, pasarán a formar parte dun ficheiro cuxo responsable é o **CONCELLO DE MARÍN** con domicilio na Avda. de Ourense s/n, 36.900 - Marín (Pontevedra), onde poderá exercitar os dereitos e acceso, rectificación, cancelación e, no seu caso o de oposición, dirixindo á Secretaría solicitude asinada por escrito xunto cunha fotocopia do seu DNI. Mediante a facilitación dos seus datos persoais, incluídos os relativos á saúde, autoriza o seu tratamento coa finalidade tramitar a súa solicitude ou consulta e levar a cabo as actuacións administrativas que, no seu caso, se deriven. Así mesmo, informámoslle que os seus datos poderán ser comunicados ás administracións públicas competentes e a outros terceiros cando sexa estritamente necesario para a xestión da súa petición.

Marín, a ____ de _____ de 20___ .

SINATURA

SRA. ALCALDESA DO ILMO. CONCELLO DE MARIN