



# Solicitud de la tarjeta acreditativa de la discapacidad

# 007



A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL

## 1. Datos de la persona solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento	DNI / NIE / Otro	Nacionalidad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio (Calle o Plaza / n° / piso)	C.P.	Localidad	Provincia / T.H.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## 2. Motivo de la solicitud (marcar con una x la respuesta que proceda)

Pérdida     
  Deterioro     
  Robo (adjuntar denuncia)

Modificación datos (especificar):

Otras causas (especificar):

## 3. Domicilio a efectos de notificaciones. Indicar el domicilio al que desea se le envíe la tarjeta

### DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.  
 Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.  
 Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En  a  de  de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal \*

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho \*

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

\* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

### Aviso Legal LOPD

Le recordamos que los datos contenidos en esta solicitud se incorporan a su expediente y que Vd. manifestó estar informado/a y facilitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos de carácter personal, mediante la firma del formulario "Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social" (anexo 012).

## Información sobre protección de datos personales

Responsable	INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL C/ San Prudencio, 30, 01005 Vitoria-Gasteiz, Álava Tfno. 945 15 10 15 Email DPD: dpd_ifbs@araba.eus
Finalidad	<p>Los datos personales facilitados por Vd. (propios o de personas menores de 14 años, cuyo tratamiento autoriza expresamente como su representante legal), los obtenidos a través de terceros (otras personas/entidades públicas o privadas) y cualesquiera otros generados durante la relación que nos vincula con Vd., serán tratados por el INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL, al objeto de promover, fomentar y mejorar el bienestar social de la ciudadanía del Territorio Histórico de Álava (ámbito en el que este IFBS es competente) mediante la prestación de información, atención y apoyo a las personas y los colectivos vulnerables, acompañamiento a situaciones personales, familiares o sociales que requieren apoyo, mediante una valoración de la situación y orientación sobre los recursos, las prestaciones y los servicios más adecuados a las necesidades concretas. Se tratarán también sus datos para mantener el contacto y la comunicación con Vd.</p> <p>Asimismo, le informamos de que los datos obtenidos pueden ser tratados para la elaboración de perfiles en relación con el servicio o recurso solicitado.</p> <p>La categoría de datos objeto de tratamiento es: datos identificativos, de circunstancias sociales, de detalle de empleo, de características personales, económico financieros, datos de categoría especial y de servicios recibidos/suministrados.</p>
Derechos	Puede, cuando proceda, acceder, rectificar, suprimir u oponerse al tratamiento de sus datos; y a no ser objeto de decisiones únicamente automatizadas, así como a ejercitar el resto de sus derechos, como detallamos en nuestro <a href="#">apartado de Protección de Datos</a> en la web corporativa del IFBS.