

Anexo II

 GOBIERNO DE ARAGON Departamento de Servicios Sociales y Familia	TARJETA ACREDITATIVA DE GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDO CON CARÁCTER DEFINITIVO IGUAL O SUPERIOR AL 33%		 Instituto Aragonés de Servicios Sociales
	Identificador de Código de Barras		
	SOLICITUD		
	Identificador de Registro		
Número de Expediente			
Espacio para validación mecánica			

I Solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Fecha de nacimiento	Correo electrónico

II Representante legal

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Teléfono	Correo electrónico
Relación con el solicitante		

III Domicilio a efectos de notificaciones

Nombre y Apellidos			
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)			
Código Postal	Localidad	Provincia	
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico	

IV Formato de la tarjeta

Indique si desea que su tarjeta sea emitida en formato braille	☐
--	--------------------------

V Declaración

El abajo firmante hace declaración expresa y responsable de la veracidad de los datos que figuran en la presente solicitud y solicita sea expedida la tarjeta acreditativa de grado de discapacidad a nombre del solicitante. Así mismo, me comprometo a hacer uso adecuado de la tarjeta siendo consciente de que la utilización fraudulenta de la misma dará lugar a su cancelación, sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran exigirse.

VI Protección de datos

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, quedo informado que los datos recogidos en esta Solicitud serán incluidos en un fichero informático responsabilidad del INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES, cuya finalidad es la recogida de datos para la emisión de esta tarjeta, pudiendo ejercer ante el citado Organismo el derecho de acceso, rectificación o cancelación, en su caso.

En a de de 20

(Firma)

SR./SRA. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES DE