



Procedemento:

IDENTIFICACIÓN DO CONDUTOR

Código do Procedemento:

05002

Documento

SOLICITUDE

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL		PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO		NIF	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚM	LETRA	ESC	PISO	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	LOCALIDADE	PARROQUIA	TOPONIMIA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PROVINCIA	MUNICIPIO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN PARA PERSOAS FÍSICAS

Estos datos surtirán efecto únicamente no expediente asociado a esta solicitude.

Notifíquese a: **Persoa solicitante** **Persoa ou entidade representante**

No suposto de non indicar a persoa a quen notificar, a notificación practicarase no enderezo do solicitante.

ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

As persoas xurídicas están obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa administración, polo que non é preciso que cubran este espazo.

Electrónica: A través da sede electrónica do Concello de Vilagarcía de Arousa (<https://sede.vilagarcia.gal>)

Postal: (cubrir o enderezo postal só se é distinto ao indicado para o solicitante)

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚM	LETRA	ESC	PISO	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	LOCALIDADE	PARROQUIA	TOPONIMIA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PROVINCIA	MUNICIPIO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					

AUTORIZACIÓN PARA COMPROBACIÓN DE DATOS PERSOAIS

Autorizo expresamente a comprobación, consulta e obtención telemática dos datos referidos a esta solicitude segundo o disposto na Lei 39/2015 de 1 de outubro. **Autorizo** **Non Autorizo**

PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Concello de Vilagarcía de Arousa
Finalidades do tratamento	Xestión do procedemento e actuacións administrativas
Lexitimación para o tratamento	O exercizo de potestades públicas segundo a normativa aplicable detallada no Rexistro de Tratamento e de uso histórico, estatístico e científico: (Sede Electrónica/Transparencia/Protección de Datos/Rexistro de Actividades Tratamento)
Destinatarios dos datos	Administracións Públicas e segundo o Rexistro de Tratamento
Exercicio de dereitos	Acceder, rectificar e suprimir os datos, ou calquera outro dereito recoñecido no Regulamento UE Xeral de Protección de Datos e a Lei Orgánica 3/2018
Contacto delegado/a de protección de datos e máis información	https://sede.vilagarcia.gal ou dpd@vilagarcia.gal



EXPÓN QUE:

En cumprimento do disposto polo artigo 11.1 a) do Real Decreto Lexislativo 6/2015 de 30 de outubro, polo que se aproba o texto refundido da Lei de Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor e Seguridade Viaria, comunícanse ao órgano instructor do procedemento, os datos do condutor do vehículo obxecto da denuncia cos datos abaixo indicados:

Datos identificativos da denuncia:

Núm. Expediente	Num. Boletín	Data	Hora
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar da denuncia	NÚM		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Municipio	Datos do vehículo. Tipo ou marca	Matricula	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Feito Denunciado			
<input type="text"/>			

Datos identificativos do conductor:

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚM	LETRA	ESC	PISO	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	LOCALIDADE	PARROQUIA	TOPONIMIA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PROVINCIA	MUNICIPIO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

SOLICITA:

Que mediante este escrito de identificación do conductor, se admita e se dea por realizado o trámite, quedando liberada a parte solicitante de toda responsabilidade.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data , Data ,

(Sinatura da persoa solicitante ou representante)

Sr./a. Alcalde/sa Presidente/a do Concello de Vilagarcía de Arousa