

AUTORITZACIÓ PER REPRESENTACIÓ

DNI:

Nom i Cognoms:

Adreça:

Població:

CP:

Telèfon fix:

Telèfon mòbil:

Fax:

Correu electrònic:

AUTORITZO

A _____ amb document d'identitat _____, i que

viu al municipi de/d' _____ amb

adreça _____ i telèfon _____

a efectuar el tràmit següent en nom meu

La Bisbal de d'Empordà, ___ de/d _____ de 20__

Signatura de la persona representada

Signatura de la persona representant

En virtut de la normativa en matèria de protecció de dades li informem que les seves dades personals seran incloses en un fitxer denominat "contactes", corresponentment, responsabilitat del Consell Comarcal del Baix Empordà amb domicili a C/ dels Tarongers 12, La Bisbal de l'Empordà (Girona)11130 i NIF P6700009A.

Les seves dades seran tractades amb la finalitat de gestionar la seva sol·licitud. No es cediran les dades a tercers i es conservaran d'acord amb els terminis establerts al marc normatiu regulador dels serveis dels Responsables i la normativa d'arxius aplicable en el cas de sol·licituds de cites.

En qualsevol cas podrà exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i de portabilitat de les dades mitjançant un escrit dirigit a C/ dels Tarongers 12, La Bisbal de l'Empordà (Girona)11130 o posant-se en contacte amb el Delegat de Protecció de Dades a través del correu electrònic dpd@baixemporda.cat

En tot cas, si ho considera, podrà presentar una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades (www.apdcat.cat).

