

## CONSELL MUNICIPAL DE LA DISCAPACITAT

### DADES PERSONALS

Nom  Cognoms  DNI

Domicili (carrer o plaça)

Població  Codi postal  Telèfons

En representació de (si cal)

NIF/CIF  Domicili (carrer o plaça)

Població  Codi postal  Telèfon

### EXPOSO:

Que l'entitat que represento vol formar part del Consell Municipal de la Discapacitat.

Que proposem a:

nom i DNI persona designada:

nom i DNI persones suplents:

### SOL·LICITO:

Es tingui per presentada la present proposta per formar part del Consell Municipal de la Discapacitat.

Tarragona, ..... de ..... 20 .....

Polítics d'Igualtat

[Signatura]

El/la cap del Registre

Documentació aportada:

Estatuts de l'Entitat

Altres .....

.....

.....

*"Les dades de caràcter personal que ens ha proporcionat seran tractades i incorporades en un Fitxer responsabilitat de l'AJUNTAMENT DE TARRAGONA. Conforme allò disposat en els articles 15 i 16 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, li informem que pot exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició a l'Oficina d'Atenció Ciutadana"*

**IL·LM. SR. ALCALDE DE L'AJUNTAMENT DE TARRAGONA**