

# Quejas y Sugerencias

DIR3 L01502843 SIA 604967

## Datos del interesado

---

Tipo de persona N° de identificación

Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

*(Solo si Tipo de persona = Física)*

Razón Social

*(Solo si Tipo de persona = Jurídica)*

## Datos del representante

---

Tipo de persona N° de identificación

Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

*(Solo si Tipo de persona = Física)*

Razón Social

*(Solo si Tipo de persona = Jurídica)*

Poder de representación que ostenta

Nombre de la habilitación

*(Solo si Poder de representación que ostenta = Tengo habilitación especial en esta administración para la representación de interesados)*

Soy representante legal de un menor tutelado

*(Solo si Poder de representación que ostenta = Soy representante Legal de un menor de edad)*

## Datos a efectos de notificaciones

---

Medio de notificación

Email

Móvil

País

Provincia

Municipio

Núcleo diseminado

Código postal

Tipo Vía

Dirección

Número / Km Bloque Escalera Planta Puerta Extra

## Expone / Solicita

---

Expone

Solicita

## Documentación Obligatoria

---

Datos de Identificación

## Deber de Informar a los Interesados sobre Protección de Datos

---

### Información básica sobre protección de datos

Responsable	Ayuntamiento de Villafeliche
Finalidad	Tramitar procedimientos y actuaciones administrativas.
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos otorgados a esta Entidad.
Destinatarios	Se cederán datos, en su caso, a otras Administraciones Públicas y a los Encargados del Tratamiento de los Datos. No hay previsión de transferencias a terceros países.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección <a href="https://villafeliche.sedelectronica.es/privacy">https://villafeliche.sedelectronica.es/privacy</a>

## Firma

---

- PRESTA SU CONSENTIMIENTO para que la entidad realice consultas de los datos del solicitante/representante a través de la Plataforma de Intermediación de Datos y otros servicios interoperables

Firma

Municipio

En

, el

Fecha

(dd/mm/aaaa)

