

AUTORIZACIÓN

Nombre y apellidos:

D.N.I.:

Domicilio:

Código Postal: Localidad:

Provincia:

AUTORIZO A:

Nombre y apellidos:

D.N.I. / C.I.F.:

Domicilio:

Código Postal: Localidad:

Provincia:

A solicitar la información necesaria para expedir y obtener un:

Calahorra,
EL SOLICITANTE,

SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN DE CARÁCTER PROTEGIDO

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre y apellidos:

D.N.I.:

Domicilio:

Código Postal: Localidad:

Provincia:

ACTUANDO EN REPRESENTACIÓN DE:

Nombre y apellidos:

D.N.I. / C.I.F.:

Domicilio:

Código Postal: Localidad:

Provincia:

Autorizo al Ayuntamiento de Calahorra a ACCEDER a los datos de carácter protegido requeridos en la presente solicitud y para la exclusiva finalidad de proporcionarme la información solicitada, de la persona relacionada para:

Examinada la documentación acreditativa de la representación que presenta :

SE VERIFICA QUE EL TÍTULO APORTADO Y LAS FACULTADES en él reconocidas SON SUFICIENTES para el ejercicio del derecho de acceso a la información a nombre de la persona relacionada.

FIRMA

EL/LA FUNCIONARIO/A

Calahorra,