



Ayuntamiento de  
**Teror**

ÁREA:  A rellenar por la Administración ASUNTO:  A rellenar por la Administración

### SOLICITANTE

Nombre y Apellidos:   
DNI:  Dirección:  Nº:  Piso:   
C.P.:  Localidad:  Provincia:   
Tel./Movil:  E-Mail:

### REPRESENTANTE

Nombre/Razón Social:  DNI:   
Dirección:  Nº:  Piso:  C.P.:   
Localidad:  Tel.:  E-Mail:

### EXPONE / SOLICITA

Teror, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma:

Le informamos que los datos que usted nos facilita, así como aquellos derivados de esta relación, podrán ser incluidos en los ficheros del Ayuntamiento de Teror, con la finalidad de que sean tratados confidencialmente. Asimismo usted se compromete a comunicar cualquier modificación que sufran los datos facilitados.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, usted puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo un escrito a la siguiente dirección: Ayuntamiento de Teror, Plaza del Muro Nuevo, 2. 35330 - Teror, Las Palmas.