



Ayuntamiento de
MAJADAHONDA

SOLICITUD DE INSPECCIÓN SANITARIA

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

DNI / NIE / Pasaporte		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Teléfono		Correo electrónico	

REPRESENTANTE

EN CASO DE ACTUAR POR MEDIO DE REPRESENTANTE, DEBERÁ APORTARSE OBLIGATORIAMENTE EL OTORGAMIENTO DE LA REPRESENTACIÓN

DNI / NIE / Pasaporte		Nombre y apellidos	
-----------------------	--	--------------------	--

MEDIO DE NOTIFICACIÓN

<input type="checkbox"/> DESEO SER NOTIFICADO/A DE FORMA TELEMÁTICA (SÓLO PARA USUARIOS DADOS DE ALTA EN LA SEDE ELECTRÓNICA DEL AYUNTAMIENTO DE MAJADAHONDA HTTPS://SEDE.MAJADAHONDA.ORG/)					
Tipo de vía		Nombre de vía		Núm./Km.	
Planta		Puerta		CP	
				Localidad	
				Provincia	

SOLICITA

<input type="checkbox"/> LA ACTUACIÓN DE LOS SERVICIOS MUNICIPALES LLEVANDO A CABO UNA INSPECCIÓN SANITARIA					
LUGAR EXACTO DONDE SE PRECISA DICHA ACTUACIÓN:					
Establecimiento implicado (denominación comercial)					
Dirección					
Teléfono		Correo electrónico			

HECHOS QUE PONEN DE MANIFIESTO LA NECESIDAD DE UNA INSPECCIÓN SANITARIA

--

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA ESTA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> DNI / NIF / NIE del solicitante	<input type="checkbox"/> Factura o ticket
<input type="checkbox"/> Informes de asistencia sanitaria	<input type="checkbox"/> Otros (fotografías, etc.)
<input type="checkbox"/> Impreso de otorgamiento de la representación, en su caso	<input type="checkbox"/> DNI / NIF / NIE del representante, en su caso

LUGAR, FECHA Y FIRMA

SN03-REV00

<p>La persona abajo firmante declara bajo su responsabilidad que son ciertos los datos contenidos en la presente solicitud y en la documentación que la acompaña. Y para que surta los efectos oportunos, firma la presente solicitud en calidad de</p> <p><input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Representante</p> <p>En Majadahonda, a _____ de _____ 20____</p> <p>(Firma)</p>	<p>Los datos personales incluidos en este formulario serán tratados por el Ayuntamiento de Majadahonda como Responsable de Tratamiento con la finalidad de gestionar su solicitud de inspección sanitaria. Puede revocar el consentimiento otorgado, así como ejercer sus derechos como persona interesada en materia de protección de datos personales (acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación y portabilidad) dirigiendo su petición por escrito al Ayuntamiento de Majadahonda con sede en la Plaza Mayor nº 3; 28220 Majadahonda (Madrid), ya sea (1) a través del Registro General de forma presencial o mediante envío postal, (2) a través de la Sede Electrónica del Ayuntamiento (https://sede.majadahonda.org), o (3) enviando un correo electrónico a dpo@majadahonda.org</p> <p>Para obtener más información sobre el tratamiento de sus datos personales consulte nuestra Política de Privacidad y el Registro de Actividades de Tratamiento, que puede consultar en el pie de nuestro sitio web https://majadahonda.org</p>
--	--

(EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD A TRAVÉS DE LA SEDE ELECTRÓNICA NO ES NECESARIO RUBRICAR ESTE DOCUMENTO, LA FIRMA ELECTRÓNICA SE REALIZARÁ DE FORMA AUTOMÁTICA EN LA MISMA SEDE)