


SOL·LICITUD DEL PASSI METROPOLITÀ / SOLICITUD DEL PASE METROPOLITANO DE ACOMPAÑANTE
DADES DE LA PERSONA AMB DISCAPACITAT / DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Nom i cognoms / Nombre y apellidos		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE (certificado de registro)	
<input type="text"/>		Núm. document Nº documento	<input type="text"/>
Telèfon Fix / Teléfono Fijo	Telèfon Mòbil / Teléfono Móvil	Data naixement Fecha nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Correu electrònic / Correo electrónico			
<input type="text"/>			

ADREÇA DE RESIDÈNCIA DEL/DE LA TITULAR DE LA TARGETA / DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL/DE LA TITULAR DE LA TARJETA

Tipus de via / Tipo de vía (carrer / calle...)	Nom de la via / Nombre de la vía		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Número: <input type="text"/>	Escala / Escalera <input type="text"/>	Pis / Piso <input type="text"/>	Porta / Puerta <input type="text"/>
Codi postal / Código postal <input type="text"/>	Municipi / Municipio <input type="text"/>		

EN CAS DE MENOR O TUTELAT / EN CASO DE MENOR O TUTELADO

Signatura del/de la sol·licitant / Firma del/de la solicitante <input type="text"/> Signatura / Firma	Nom i cognoms / Nombre y apellidos <input type="text"/>	DNI / NIE / PASSAPORT / PASAPORTE <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Pare / Padre <input type="checkbox"/> Mare / Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal	
	Signatura / Firma <input type="text"/>	

Accepto totes les condicions d'aquesta sol·licitud (veure dors)
*En el cas de no marcar la casella anterior, el sol·licitant haurà de presentar la documentació requerida per l'AMB per tal de poder tramitar aquesta sol·licitud, les futures renovacions i en qualsevol moment que l'AMB ho requereixi.

Accepto todas las condiciones de esta solicitud (ver dorso)
*En el caso de no marcar la casilla anterior, el solicitante tendrá que presentar la documentación requerida por el AMB para poder tramitar esta solicitud, las futuras renovaciones y en cualquier otro momento que el AMB lo requiera.

A / En _____, _____ de _____ de 20 _____

SOL·LICITA que:

D'acord amb les normes establertes per l'Àrea Metropolitana de Barcelona, li sigui atorgada el Passi Metropolità d'Acompanyant.

Els sotasignats responen personalment de la veracitat de les dades manifestades i donen la seva aprovació perquè l'Àrea Metropolitana de Barcelona efectui les comprovacions pertinents a les administracions públiques que es citen a continuació i els autoritza l'accés a les dades amb la finalitat exclusiva de la comprovació assenyalada, amb el compromís de mantenir-ne el secret. El/la sotasignat/da accepta i és conscient que, en cas de comprovar-ne la falsedat de les dades exposades en la sol·licitud, perdrà qualsevol dret al servei.

D'acord amb la legislació vigent en matèria de Protecció de Dades de Caràcter Personal li vam informar que les seves dades formaran part d'un tractament responsabilitat de l'Àrea Metropolitana de Barcelona (AMB) amb la finalitat de realitzar la gestió de la targeta de transport. Les seves dades no seran cedides a tercers excepte amb la finalitat de garantir el servei i les competències de l'AMB. Les seves dades es conservaran segons exigeix la legislació. Per a més informació consulti la política de privacitat de l'AMB.

L'informem que pot sol·licitar l'accés, rectificació, supressió i exercir la resta dels seus drets remetent un escrit adjuntant una còpia del seu DNI dirigit al Serveis Jurídics, Àrea Metropolitana de Barcelona, c/ 62, núm. 16-18 edifici A - Zona Franca 08040 Barcelona o bé al correu electrònic a serveisjuridics@amb.cat.

SOLICITA que:

De acuerdo con las normas establecidas por el Área Metropolitana de Barcelona, le sea atorgado el Passi Metropolità d'Acompanyant.

Los firmantes responde personalmente de la veracidad de los datos manifestados y dan su aprobación para que el Área Metropolitana de Barcelona efectúe las comprobaciones pertinentes en las administraciones públicas que se citan a continuación y les autoriza el acceso a los datos con la finalidad exclusiva de la comprobación señalada, con el compromiso de mantener el secreto. El/la abajo firmante acepta y es consciente de que, en caso de comprobar la falsedad de los datos expuestos en la solicitud, perderá cualquier derecho al servicio.

De acuerdo con la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que sus datos formarán parte de un tratamiento responsabilidad del Área Metropolitana de Barcelona (AMB) con el fin de realizar la gestión de la tarjeta de transporte. Sus datos no serán cedidos a terceros excepto con la finalidad de garantizar el servicio y las competencias de la AMB. Sus datos se conservarán según exige la legislación. Para más información consulte la política de privacidad de la AMB.

Le informamos que puede solicitar el acceso, rectificación, supresión y ejercer el resto de sus derechos remitiendo un escrito adjuntando una copia de su DNI dirigido al Serveis Jurídics, Àrea Metropolitana de Barcelona, c / 62, núm. 16-18 edifici A - Zona Franca 08040 Barcelona o bien al correo electrónico a serveisjuridics@amb.cat.

Ens on es podran realitzar les comprovacions per part de l'AMB / *Entes donde se podrán realizar las comprobaciones por parte del AMB:*

Padró Municipal d'Habitants (PMH)
Direcció General de la Policia (DGP)
Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal (SISPAP)

Autoritzo l'Àrea Metropolitana de Barcelona, en l'àmbit de les seves competències, a fer ús de les dades personals facilitades en aquest imprès
Autorizo a el Área Metropolitana de Barcelona, en el ámbito de sus competencias, a hacer uso de los datos personales facilitados en este impreso