Junta de Castilla y León
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales

DECLARACIÓN REPRESENTANTE EN CASOS DE PRESUNTA INCAPACIDAD

D/Dª_____, mayor de edad, con DNI/NIE: _____ y domicilio en _____, calle/plaza _____ número ____, provincia de _____, a los efectos de poder representar a D/Dª_____, con DNI/NIE: _____, en el expediente de acceso a los servicios sociales y valoración de la situación de dependencia, bajo su responsabilidad, **DECLARA:**

1. Que a su juicio la persona anteriormente citada no tiene capacidad de autogobierno.

2. Que se han iniciado las actuaciones para su declaración de incapacidad.

3. Que en tanto en cuanto no exista pronunciamiento judicial sobre su posible incapacitación, solicito se me considere como interlocutor o representante de dicha persona en el procedimiento que se inicia ante la Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

4. Que pondré en conocimiento de dicho organismo, de forma inmediata, cualquier cambio que, en relación a la situación de incapacitación de mi representado, pueda producirse.

Modelo: 3694

IAPA: 1454

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Publicas y en las letras c) y d) del artículo 6.1 y 9.2 h) del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que la presentación de este impreso cumplimentado posibilita el tratamiento de los datos de carácter personal contenidos en él y habilita para que la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León obtenga directamente los datos de identidad de la persona designada como representante. Asimismo, se informa que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión ante el Delegado de Protección de Datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, así como otros derechos recogidos en la información básica y adicional sobre protección de datos personales de este procedimiento.

Declaro que he sido informado/a y muestro mi conformidad con el tratamiento de los datos. **En caso de que NO muestre su conformidad, debe marcar esta casilla: □ y aportar una copia de su DNI.*

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA REPRESENTANTE

Imprimir