

**AUTORIZACIÓN PARA REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA**  
(Adjuntar con la solicitud que incluya representante voluntario)

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/NIE \_\_\_\_\_, mayor de edad y con plena capacidad de obrar,

AUTORIZO A:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/NIE \_\_\_\_\_ y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, a actuar en mi nombre en el procedimiento-solicitud con la Excm. Diputación Provincial de Soria que se detalla:

- SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO**
- SERVICIO DE TELEASISTENCIA**
- PRESTACIÓN ECONÓMICA DE URGENCIA SOCIAL**
- CENTRO RESIDENCIAL**
- CENTRO DE DÍA**
- OTRO:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE CONSULTA Y 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 Públicas 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 Diputación de Soria 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 Diputación de Soria, así como otros derechos recogidos en la información básica y adicional sobre protección de datos personales de este procedimiento.

AUTORIZO

NO AUTORIZO, aporto una copia del DNI de la persona representante.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona representante autorizada