



Diputación de Burgos
Bienestar Social

MODELO RECURSO REPOSICIÓN

Registro

A rellenar por la Administración

| | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------|--------|----------------------------|------|--------|---------------------------------|-----------|
| Solicitante (1) | Apellidos y Nombre | | | | | | D.N.I. |
| | Calle | Número | Escalera | Piso | Puerta | C.P. | Municipio |
| | Teléfono fijo de contacto | | Teléfono móvil de contacto | | | Dirección de correo electrónico | |

| | | | | | | | |
|---|---|--------|----------|------|--------|------|-----------|
| Representante (solo si procede) (2) | Apellidos y Nombre | | | | | | D.N.I. |
| | Calle | Número | Escalera | Piso | Puerta | C.P. | Municipio |
| | Documento acreditativo de la representación | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|---|--------|----------|------|--------|------|-----------|
| Domicilio notificaciones (3) | Si desea recibir información de su trámite mediante alguno de los siguientes medios, marque con un aspa la casilla correspondiente: | | | | | | |
| | Sí, deseo recibir información a través de <input type="checkbox"/> CORREO POSTAL y/o <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | |
| | Dirección de correo electrónico | | | | | | |
| | Calle | Número | Escalera | Piso | Puerta | C.P. | Municipio |

| | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| ACTO QUE RECURRE (4) | CONTENIDO DEL ACTO QUE SE RECURRE: | | | | | | |
| | Nº EXPEDIENTE, EN SU CASO: | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| ALEGACIONES (5) | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| DOCUMENTOS APORTADOS (6) | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Por todo lo anteriormente expuesto, **SOLICITO LA ESTIMACIÓN DEL RECURSO DE REPOSICIÓN FORMULADO.**

| | | | | | | | |
|--------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|-------|
| Firma (6) | En _____, a _____ de _____ de _____ | | | | | | Firma |
| | | | | | | | |

| | |
|-----|--|
| APD | La presentación de esta solicitud implica, a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, el consentimiento de los afectados para su inclusión en el fichero correspondiente de esta Diputación, siendo tratados de forma totalmente confidencial y únicamente podrán ser tratados para el estricto cumplimiento de las funciones derivadas de la solicitud. El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento y en los términos previstos en la legislación vigente, y siendo responsable del fichero la Diputación. |
|-----|--|

IMPORTANTE: El plazo máximo para resolver la autorización es de 3 meses. Transcurrido dicho plazo sin resolver y notificar su solicitud se podrá entender desestimada.