**Código Guía de Servicios 1399**

**RENUNCIA al servicio/prestación del sistema de**

**la DEPENDENCIA de la D. General de Personas con Discapacidad**

**Datos de del solicitante**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellidos, nombre / Razón social |  | **NIF/CIF** |
|  |  |  |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo vía |  | Vía |  | Número  |  | Kilómetro  |  | Bloque |  | Portal  |  | Escalera |  | Planta |  | Puerta |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Provincia |  | Municipio |  | Localidad |  | Código postal |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Teléfono |  | Correo electrónico |
|  |  |  |

***REPRESENTANTE***

|  |
| --- |
|  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Primer apellido |  | Segundo apellido |  | Nombre |
|  |  |  |  |  |
| DNI/NIF/NIE/ |  | Teléfono |  | Correo electrónico |
|  |  |  |  |  |

 |

 |

 |

**Datos sobre el expediente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Expediente:** |  |  |

**Renuncio**

□ Centro de día □ Residencia □ Servicio de Promoción a la Autonomía Personal

 □ Vinculada al servicio arriba indicado.

|  |  |
| --- | --- |
| **Centro:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A partir del día:** |  | ***La fecha debe ser igual o superior a la fecha de presentación en registro. De ser inferior se tomará como válida la del registro de presentación*** |

**Por los motivos:**

**Notificaciones electrónicas.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞏 Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.🞏 Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:**https://sede.carm.es / \*apartado consultas \* notificaciones electrónicaso directamente en la URL** [**https://sede.carm.es/vernotificaciones**](https://sede.carm.es/vernotificaciones)**.**Asimismo autorizo al **I**ma**S**, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica:🞎 a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **@** |  | **.** |  |

🞎 a través de un SMS en mi teléfono:

|  |
| --- |
|  |

 |

En Murcia, a ..................de…………………………………………….de 2

Fdo.: ……………………………………….........

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS** |
| **“Responsable”**(del tratamiento) | Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)***GEAS-IMAS@listas.carm.es*** |
| **“Delegado de Protección de Datos”** | CENTRO REGIONAL DE SERVICIOS AVANZADOS S.A***dpd.imas@carm.es*** |
| **“Finalidad”**(del tratamiento) | Modificación del servicio o prestación económica reconocida del SAAD. |
| **“Legitimación”**(del tratamiento) | REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos Artículo 9.2 h). |
| **“Destinatarios”**(de cesiones o transferencias) | Los datos se cederán a los Ayuntamientos de la Región de Murcia que tengan suscrito el Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del IMAS y de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas de la Región de Murcia, para regular las condiciones y garantías en el intercambio electrónico de los datos en entornos cerrados de comunicación, o a otras Administraciones o entes públicos, así como a las entidades públicas o privadas prestatarias del servicio solicitado. |
| **“Derechos”**(de la persona interesada) | Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a su portabilidad, la limitación u oposición al tratamiento y otros derechos especificados en la información adicional. Podrá ejercerlos mediante el formulario del procedimiento 2736. |
| **“Información adicional”** | Los datos que se pueden obtener son: de Identidad, residencia, defunción, Datos de salud y de servicios sociales.Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página URL: *http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m* |

**IMAS. Instituto Murciano de Acción Social**

Dirección General Personas con Discapacidad

Alonso Espejo nº7.3007. Murcia.