



D/D^a _____

D.N.I _____ Domicilio _____

C.P.: _____ Localidad _____

Teléfono/s _____

Correo electrónico _____

EXPONE:

SOLICITA:

Las Palmas de Gran Canaria, ___ de _____ de 2014.

Firma:

Presidencia del Consorcio de Emergencias de Gran Canaria.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, le informamos que sus datos personales serán incorporados en nuestros ficheros y tratados automatizadamente y en soporte papel, Ud. podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante el Responsable del fichero Consorcio de Emergencias de Gran Canaria en la siguiente dirección: C/ Pino Apolinario, 84, 35014, Las Palmas de Gran Canaria.