

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

DATOS DE LA PERSONA FÍSICA

Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIE/Pasaporte	Teléfono fijo:	Móvil:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

En caso de presentación por la persona representante debe aportar documentación acreditativa de la representación. Si actúa en nombre de un obligado a relacionarse **Art. 14.2** de la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, debe atenerse a lo dispuesto en el punto anterior.

Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIE/Pasaporte	Teléfono:	Correo electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En calidad de:

DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE (cónyuge o pareja de hecho), EN SU CASO

Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:	DNI/NIE/Pasaporte:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LUGAR A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN. Solo para **PERSONAS FÍSICAS** (No obligadas a notificación electrónica)

Todas las notificaciones que se practiquen en papel se pondrán a su disposición en la **SEDE ELECTRÓNICA**, apartado notificaciones por comparecencia electrónica, para que pueda acceder al contenido de las mismas de forma voluntaria. El **correo electrónico** que nos indique será empleado como medio de **aviso** de la puesta a disposición de tales notificaciones electrónicas.

Nombre de la vía (calle, plaza, avenida)	Portal:	Planta:	Número:	Puerta:	Código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

País:	Provincia:	Municipio:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Seleccione el **medio** por el que desea ser **notificado/a**. Si desea ser notificado/a de forma electrónica, indique el **e-mail** donde recibirá el correspondiente **aviso** de notificación:

Notificación presencial **Notificación electrónica**

E-mail (AVISO notificaciones)

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

A aportar	A requerir	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia documentación acreditativa de la personalidad del solicitante, D.N.I. / N.I.E. (en vigor) del titular y su acompañante (cónyuge o pareja de hecho).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso de representante legal, documentación acreditativa de la identidad y de la representación.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso de inscripción matrimonial, deberá aportar Libro de familia o certificación acreditativa.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso de inscripción como pareja de hecho, deberá aportar certificado registral de su inscripción o certificado de convivencia.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de la tarjeta sanitaria, del titular y acompañante (cónyuge o pareja de hecho).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ficha de datos personales conforme al modelo oficial del IASS (Anexo II).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fotografía reciente del titular y del acompañante.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de la última declaración de la renta (última anualidad) de todos los miembros de la unidad familiar, en su defecto certificado de estar exenta de realizarla. En este último caso, se acompañará declaración jurada y comprobante de los ingresos sea cual sea su naturaleza. ¹ DEBERÁ APORTAR SOLO EN EL CASO DE QUE NO PRESTE SU AUTORIZACIÓN EXPRESA A LA CONSULTA DE LOS DATOS.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado de empadronamiento, del titular y acompañante indicando la fecha de llegada al Municipio. ² DEBERÁ APORTAR SOLO EN EL CASO DE QUE NO PRESTE SU AUTORIZACIÓN EXPRESA A LA CONSULTA DE LOS DATOS.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justificante de pensiones / prestaciones, emitido por el órgano competente (no se admiten impresos de entidades bancarias).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informe médico expedido por el médico de cabecera en el que se haga constar que el paciente en el momento de su emisión no padece alteraciones del comportamiento, deterioro cognitivo moderado o grave, enfermedad transmisible con riesgo de contagio, limitaciones de la movilidad o cualquier otro problema de salud que imposibilite la realización del viaje y de las actividades de ocio del titular y acompañante (cónyuge o pareja de hecho).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuestionario de salud conforme modelo oficial del IASS (Anexo III) del titular y acompañante (cónyuge o pareja de hecho).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier otro documento que la persona interesada considere de su interés presentar en apoyo de su solicitud.

SI ALGUNO DE LOS DOCUMENTOS ARRIBA INDICADOS, YA HAN SIDO APORTADOS CON ANTERIORIDAD A OTRO/S EXPEDIENTE/S, DEBERÁ:

Quien suscribe manifiesta expresamente que los documentos relacionados en el cuadro anterior "Documentación a aportar" ya han sido presentados en el Ayuntamiento de Candelaria u otra administración pública y figuran asociados a los Expedientes / Registros de Entrada que para cada uno se indica, y solicita el traspaso de los mismos al presente procedimiento a los efectos de su tramitación y resolución:

Descripción del documento	Nº de Expediente / Nº Registro	Firma Solicitante/ Representante legal

DERECHO DE OPOSICIÓN (Marcar la casilla que proceda)

Con la presentación de esta solicitud la persona firmante autoriza o se opone, a que el Ayuntamiento de Candelaria, pueda solicitar o consultar los datos que se citan a continuación, a través de la **Plataforma de Intermediación de Datos de las Administraciones Públicas** u otros sistemas que se establezcan, y en cuya virtud deba pronunciarse la resolución del procedimiento:

DERECHO DE OPOSICIÓN		ÓRGANO CEDENTE	EN CASO DE OPOSICIÓN, DEBERÁ APORTAR:
<input type="checkbox"/>	AUTORIZA EXPRESAMENTE , a la consulta Declaración de la Renta de todos los miembros de la unidad familiar y en su defecto, certificado de estar exento de realizarla.	AEAT	¹ Copia de la declaración de la Renta de todos los miembros de la unidad familiar y en su defecto, certificado de estar exento de realizarla.
<input type="checkbox"/>	SE OPONE , a la consulta de datos Por los siguientes motivos:		

DERECHO DE OPOSICIÓN		ÓRGANO CEDENTE	EN CASO DE OPOSICIÓN, DEBERÁ APORTAR:
<input type="checkbox"/>	AUTORIZA EXPRESAMENTE , a la consulta de datos en el Padrón Municipal de Habitantes.	Padrón Municipal de Habitantes Ayuntamiento de Candelaria	² Certificado de empadronamiento del titular y del acompañante, indicando la fecha de llegada al municipio.
<input type="checkbox"/>	SE OPONE , a la consulta de datos Por los siguientes motivos:		

DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona abajo firmante DECLARA, bajo su responsabilidad:

Que son ciertos los datos y documentos que figuran y se adjuntan a la presente solicitud, que me comprometo a informar de cualquier modificación de los mismos. La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o se incorpore, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho adquirido, sin perjuicio del resto de responsabilidad conforme a la legislación del procedimiento administrativo común.

Que me comprometo y acepto al abono de la cuantía que resulte de la aplicación del 33% de financiación del viaje correspondiente, en la forma y tiempo que el IASS determine.

Firma de la persona solicitante

Fdo:

Firma de la persona representante

Fdo:

SR/A. ALCALDE/SA-PRESIDENTE/A del Ayuntamiento de Candelaria

REQUERIMIENTO DE SUBSANACIÓN

En relación con su solicitud, y por ser preceptivo para su tramitación, se le notifica que, en el plazo de DIEZ DÍAS previsto en el artículo 68.1. de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, deberá aportar aquella documentación que no ha sido presentada. Ha de tener en cuenta que, en caso de no aportar la documentación requerida, se podrá considerar que ha desistido de su petición, previa resolución dictada en los términos previstos en el artículo 21 de la citada Ley.

RECIBÍ

Nombre: Apellidos
NIF/NIE: Fecha:

Firma:

Consentimiento y deber de informar a los/as interesados/as sobre protección de datos de carácter personal

Responsable	Ayuntamiento de Candelaria. Avenida Constitución nº 7, Código postal 38530, Candelaria.
Finalidad principal	Tramitación, gestión de expedientes administrativos y actuaciones derivadas de estos.
Legitimación	Cumplimiento de una obligación legal y consentimiento expreso.
Destinatarios	No se cederán a terceros salvo obligación legal. Se cederán datos, en su caso, a otras Administraciones Públicas y a los Encargados del Tratamiento de Datos. No hay previsión de transferencias a terceros países.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como oponerse o limitar el tratamiento ante el Ayuntamiento de Candelaria, en el Servicio de Atención a la Ciudadanía, situado en la calle Padre Jesús Mendoza nº 6-8, Candelaria.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección http://www.candelaria.es/

ANEXO III



INSTITUTO INSULAR
DE ATENCIÓN SOCIAL
Y SOCIO SANITARIA

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL VIAJERO

*Intervención Social y
Relaciones Externas*

(RELLENAR CON MAYÚSCULAS)

AYUNTAMIENTO DE: _____

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

TELÉFONO PERSONAL: _____ TFNO. CONTACTO FAMILIAR: _____

ENFERMEDADES QUE PADECE ACTUALMENTE: _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR SU MÉDICO: _____

¿PADECE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? ¿A ALGÚN MEDICAMENTO, ALIMENTO O DE OTRO TIPO? _____

ALIMENTOS PROHIBIDOS/NO RECOMENDADOS POR SU MÉDICO: _____

¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES O TIENE PREVISTO HACERLO A CORTO PLAZO? SÍ NO
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL MOTIVO: _____

¿TIENE ALGÚN IMPEDIMENTO PARA CAMINAR CON NORMALIDAD? SÍ NO
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL MOTIVO: _____

¿SE ESCUENTRA APTO/A PARA REALIZAR UN VIAJE DE ESTE TIPO (TRASLADOS EN GUAGUA, ACTIVIDADES CULTURALES Y DE OCIO,
ETC.)? SÍ NO

LA OMISIÓN O FALSIFICACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD O DE LOS DATOS QUE SE PREGUNTAN EN ESTE CUESTIONARIO, PRODUCIRÁ UNA EXENCIÓN EN LA RESPONSABILIDAD DEL IASS EN CUANTO A SU COBERTURA ECONÓMICA, MÉDICA Y GASTOS DE ALGAMIENTO Y COMIDAS.

FIRMA _____
Ella Participante

FECHA _____

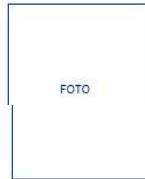
ANEXO II



INSTITUTO INSULAR
DE ATENCIÓN SOCIAL
Y SOCIO SANITARIA

FICHA DE DATOS PERSONALES / TURISMO SOCIAL

Intervención Social y
Relaciones Externas



DATOS DEL TÉCNICO MUNICIPAL

MUNICIPIO: _____
NOMBRE Y APELLIDOS _____
TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS _____
DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
ESTADO CIVIL CASADO/A SOLTERO/A VIUDO/A DIVORCIADO/A SEPARADO/A OTRO
SEXO V M
DIRECCIÓN: C/ AVDA, PLAZA: _____
Nº: _____ PISO: _____
PUERTA: _____ MUNICIPIO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO PERSONAL _____
TELÉFONO DE FAMILIAR (datos de contacto en caso de incidencia) _____

¿Padece alguna enfermedad, alergia, limitación o características que se considere conveniente tener en cuenta durante el viaje? SI NO
¿Cuál? _____

Medicación y/o recomendación _____

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el artículo 18 de la Constitución Española 1978 y regulado por la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el IASS pide el consentimiento al participante en el Programa de Turismo Social para la captación, reproducción y difusión de cuales aparezca individualmente o en grupo y que deriven de la participación en el presente proyecto.

Señale lo que corresponda: Si autorizo No autorizo

FIRMA _____
El/la Participante

FECHA _____

Se le informa que el responsable del tratamiento es el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria de la Isla de Tenerife (IASS). Sus datos personales serán tratados con la finalidad de su participación en el Programa de Turismo Social. La base legítima del tratamiento es, con carácter principal, el ejercicio de poderes públicos conferidos conforme la normativa aplicable en esta materia. En atención a los fines descritos sus datos podrán ser comunicados a terceros que tengan implicación directa en el procedimiento. Asimismo, no están previstas transferencias internacionales de sus datos personales. Por último, se pone en su conocimiento que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y supresión, así como otros derechos, dirigiéndose al Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria de Tenerife (IASS), pudiendo consultar la misma en <https://www.iass.es/>

Del mismo modo se le informa que, de conformidad con el artículo 28.2 de la Ley 39/2015 tiene el derecho a no aportar a los procedimientos administrativos los documentos que obren en poder de la Administración, o que hubiesen sido elaborados por ésta, siendo la base de legitimación principal del tratamiento de sus datos personales el cumplimiento de una misión en interés público o, particularmente, el ejercicio de poderes públicos. En cualquier caso, se le reconoce, asimismo, la posibilidad de oponerse a que el IASS consulte o recabe los citados documentos marcando la siguiente casilla. En caso de marcarla, deberá usted aportar los documentos necesariamente, si no lo hiciera, el IASS podría no estimar su solicitud de participación.