

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN
DE TRASLADO DE
RESTOS MORTUORIOS**

INTERESADO/A

Nombre	<input type="text"/>	Apellidos	<input type="text"/>
En representación de (*)	<input type="text"/>		
con domicilio en	<input type="text"/>		
Población	<input type="text"/>	Provincia de	<input type="text"/>
C.P.	<input type="text"/>	, provisto/a de Documento de Identidad nº	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	E-mail (*)	<input type="text"/>

EXPONE

SOLICITA

Binéfar, a de de 20

Firma:

(*) Campo no obligatorio

"De conformidad con lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos en este formulario pasarán a formar parte de un fichero de propiedad del AYUNTAMIENTO DE BINÉFAR. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a Plaza España, 1 – 22500 de Binéfar."