



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ

DENUNCIA PER INCOMPLIMENTS DE LA NORMATIVA DEL TABAC I DE PRODUCTES RELACIONATS

(*) Establiment denunciat:		
Nom i llinatges de la persona responsable:		
CIF/NIF:		
(*) Domicili:		
Localitat:	(*) Municipi:	CP:
Telèfon:	Direcció electrònica:	

TEXT DE LA DENÚNCIA

Explicar els motius:

--

(*) Nom i llinatges de la persona denunciant:		
(*) NIF:		
(*) Domicili:		
Localitat:	(*) Municipi:	CP:
() Telèfon:	Direcció electrònica:	

, d de 20

Firma

Protecció de dades

D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, consentiu expressament que les dades facilitades siguin recollides i tractades en un fitxer del qual és titular el centre gestor d'aquest procediment, al qual està destinat aquest escrit. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant aquest centre gestor.

() Els espais marcats amb un asterisc són de compliment obligatori*