

DOCUMENTO DE RENUNCIA DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA DE DEPENDENCIA (STAD)

CÓDIGO SIA

2	0	8	0	6	6
---	---	---	---	---	---

DESTINO	Dirección General de Atención a la Dependencia y Personas con Discapacidad Consejería de Familias, Bienestar Social y Atención a la Dependencia
CÓDIGO DIR3	A04026930

DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI/NIE
Teléfono	Domicilio		
Localidad	Provincia	Código Postal	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/GUARDADOR DE HECHO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI/NIE
Variación de datos, en su caso.			

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN (solo si es distinta a la indicada en el recuadro anterior)

Notificación a:	<input type="checkbox"/> Persona solicitante	<input type="checkbox"/> Persona o entidad representante
<input type="checkbox"/> Notificación electrónica (obligatoria para las personas jurídicas y opcional para las personas físicas) Sujetos obligados a relacionarse electrónicamente con las administraciones públicas de acuerdo con lo establecido en el artículo 14.2 y 3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas. Los avisos de la puesta a disposición de la notificación en la Carpeta Ciudadana del Punto de acceso General del Estado* se enviarán: <input type="checkbox"/> A la dirección electrónica de la persona interesada <input type="checkbox"/> Dirección electrónica diferente indicada a continuación: <input type="text"/>		
* Disponible en la dirección: http://sede.administracion.gob.es/carpeta/clave.htm		
<input type="checkbox"/> Notificación por correo postal (seleccione una):		
<input type="checkbox"/> A la dirección de la persona interesada <input type="checkbox"/> Dirección diferente indicada a continuación		
Avenida/Calle/Plaza	Núm.	Bloque Esc. Piso Puerta
Código Postal	Municipio	Isla

EXPONGO:

Que en fecha _____ se le aprobó el Programa Individual de Atención (PIA) del servicio de teleasistencia.

RENUNCIO:

Al servicio de teleasistencia (STAD) por los motivos siguientes:

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Declaro, bajo mi responsabilidad, que los datos facilitados en esta solicitud son ciertos, que la documentación adjunta es veraz, que cumplo las condiciones requeridas para acceder al objeto de la solicitud y que estoy enterado/da de la obligación de comunicar al órgano administrativo competente cualquier variación que pueda producirse de ahora en adelante.
2. Declaro que estoy informado/da de la obligación de, en caso de producirse, comunicar inmediatamente mi ingreso en centros hospitalarios o asistenciales que no me supongan ningún coste económico, en su caso.
3. Declaro que estoy informado/da del contenido de los apartados de instrucciones, documentación necesaria e información sobre protección de datos personales de esta solicitud.
4. Autorizo al órgano administrativo competente a obtener/ceder, de forma electrónica o por otros medios, a esta administración pública, otras administraciones o entes, los datos personales que se indican a continuación, necesarios para la resolución de este procedimiento/expediente/solicitud.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTAR

Aportación de documentos

Para la resolución de esta solicitud previsto en los art. 12, 13 y 14 del Decreto 91/2019, de 5 de diciembre y el artículo 3 del Real decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, aporto los documentos requeridos para la solicitud, en caso de actuar mediante representación legal:

DNI/NIE de la persona representante legal.

Acreditación de la representación legal por la que se actúa.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con el 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), y con la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa del tratamiento de datos personales que contiene esta solicitud.

Finalidad del tratamiento y base jurídica: Tramitación del procedimiento administrativo del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema de acuerdo con lo previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Responsable del tratamiento: Dirección General de Atención a la Dependencia y Personas con Discapacidad de la Consejería de Familias, Bienestar Social y Atención a la Dependencia.

Destinatarios de los datos personales. No se cederán los datos personales a terceros, salvo obligación legal o interés legítimo de acuerdo con el Reglamento general de protección de datos y la Ley Orgánica 3/2018.

Plazo de conservación de los datos personales: 6 años a contar desde la extinción del derecho a las prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia.

Ejercicio de derechos y reclamaciones. La persona afectada por el tratamiento de datos personales puede ejercer sus derechos de información, de acceso, de rectificación, de supresión, de limitación, de portabilidad, de oposición y de no inclusión en tratamientos automatizados (y, incluso, de retirar el consentimiento, en su caso, en los términos que establece el Reglamento general de protección de datos y la Ley orgánica 3/2018) ante el responsable del tratamiento mencionado antes, mediante el procedimiento «Solicitud de ejercicio de derechos en materia de protección de datos personales», previsto en la Sede Electrónica de la CAIB (seuelectronica.caib.es).

Con posterioridad a la respuesta del responsable o al hecho de que no haya respuesta en el plazo de un mes, la persona afectada puede optar por presentar con carácter previo una reclamación a la Delegación de Protección de Datos, que le comunicará su decisión en un plazo de dos meses, o para presentar directamente la "Reclamación de tutela de derechos" ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).

Delegación de Protección de Datos. La Delegación de Protección de Datos de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares tiene su sede en la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas (Paseo de Sagrera, 2, 07012 Palma; a/e: protecciodades@dpd.caib.es).

_____, _____ de _____ de 20__

Firma: _____

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. La solicitud debe cumplimentarse con letra clara. Escriba preferentemente en mayúsculas.
2. La documentación aportada ha de ser veraz y debe estar vigente.
3. La solicitud debe ir firmada por la persona interesada o por la persona que la representa. En caso de actuar mediante representación legal, deberá aportar la documentación acreditativa.