



SOLICITUD DE ALTA PARA EL ACCESO AL SISTEMA DE EMERGENCIA

MEDIANTE MENSAJES DE TEXTO

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos:
DNI o Pasaporte:

DOMICILIO DEL SOLICITANTE

Calle:
Código Postal:
Municipio:
Correo electrónico:

TELÉFONO MÓVIL A DAR DE ALTA

Nº Móvil:

TELÉFONO DE CONTACTO FAMILIA

Nº Teléfono o móvil:

El solicitante declara conocer:

- 1.- Que el solicitante está obligado a comunicar a la Sociedad Federada de Personas Sordas los cambios que se produzcan en los datos facilitados.
- 2.- Que el uso de este sistema debe limitarse exclusivamente a casos de emergencias, propios o ajenos.
- 3.- Que este servicio de mensajes de texto, sólo opera en la ciudad de Málaga.
- 4.- Que estos datos serán comunicados al Centro Municipal de Emergencias de Málaga, responsables de la prestación del servicio.

Fecha

Firma del solicitante

La presente solicitud, junto con una fotocopia del DNI y una fotocopia del Certificado de Minusvalía deberá presentarse en la sede social de la Sociedad Federada de Personas Sordas, sita en C/ Lagunillas, nº 59 Málaga

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, autorizo y quedo informado/a de la incorporación de mis datos a los ficheros existentes en Sociedad Federada de Personas Sordas, así como al tratamiento de los mismos, con objeto de proceder a la tramitación del **alta en el sistema de emergencia para personas sordas en el municipio de Málaga**. Asimismo, autorizo a que puedan ser cedidos mis datos exclusivamente para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con esta solicitud.

Quedo igualmente informado/a de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos establecidos en la legislación vigente, mediante notificación escrita dirigida a la siguiente dirección: Sociedad Federada de Personas Sordas C/ Lagunillas nº 59, 29012 Málaga o e-mail: sfsm@sfsm.es