

ANEXO I: SOLICITUD DE AYUDAS PARA LA OBTENCIÓN/ RENOVACIÓN DEL CARNÉ DE CONDUCIR

1. DATOS PERSONALES (Obligatorio):	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI:	
DOMICILIO:	C.P.:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
TELÉFONO:	EMAIL:
TIPO DISCAPACIDAD:	GRADO: %
FECHA DE NACIMIENTO:	
N.º DE SOCIO:	ENTIDAD:
¿TIENE RECONOCIDO EL GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO GRADO: NIVEL:	
¿POSEE VEHÍCULO PROPIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿PRECISA ADAPTACIONES EN EL VEHÍCULO? En el caso de necesitarlas, indicad que tipo	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Tipo de adaptaciones:	
2. OTROS DATOS (Obligatorio):	
SOLICITUD DE LA BECA:	
<input type="checkbox"/> OBTENCIÓN DEL CARNÉ DE CONDUCIR <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DEL CARNÉ	
INDIQUE LOS MOTIVOS PARA OBTENER O RENOVAR EL CARNÉ DE CONDUCIR	
EN SU SITUACIÓN ACTUAL, ¿VIVE SOLO? En caso negativo indique el número de personas (padres, cónyuge, hijos, etc.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nº personas de la unidad de convivencia:	

PENSIONISTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Tipo de pensión: Cuantía (anual/mensual):	
EN SU ZONA DE RESIDENCIA, ¿EXISTEN AUTOESCUELAS CON VEHÍCULOS ADAPTADOS? Si la respuesta es negativa, indique la distancia aproximada de su localidad al centro.	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Distancia en km:	
CANTIDAD QUE SOLICITA PARA LA BECA DEL CARNÉ DE CONDUCIR: €	
PARTICIPACIÓN EN EL VÍDEO DE LA CONCESIÓN DE BECAS DE CARNÉ DE CONDUCIR (El vídeo se realizará a las personas que les han concedido las becas y que deseen participar)	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. DOCUMENTOS PRESENTADOS (Obligatorio):	
<input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI	<input type="checkbox"/> Factura original expedida por la autoescuela
<input type="checkbox"/> Fotocopia del carné de conducir	<input type="checkbox"/> Certificado de titularidad bancaria
<input type="checkbox"/> Anexo II: Declaración del solicitante	
<input type="checkbox"/> Anexo III: Declaración responsable sobre ayudas	
<input type="checkbox"/> Certificado discapacidad	
4. INFORME DE VALORACIÓN TÉCNICO ASPAYM (Obligatorio):	

ANEXO XX. Cláusula Informativa – Convocatoria de Becas.

Le informamos que sus datos personales serán tratados por **FEDERACIÓN NACIONAL ASPAYM** como Responsable del Tratamiento, con la finalidad de Gestión de la valoración de ayudas económicas individuales destinadas para los socios/as de ASPAYM, a través del Programa RECONDUCE TU VIDA.

La base que legitima el tratamiento de sus datos para las finalidades indicadas es su consentimiento prestado al cumplimentar voluntariamente el formulario correspondiente con sus datos personales.

Sus datos serán cedidos a las entidades bancarias con la que trabajamos, y en caso de obligación legal a la Administración pública con competencia en la materia; y conservados en los plazos establecidos por el programa de la subvención proveniente del Ministerio de Sanidad.

Ud. puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento de sus datos dirigiéndose a **FEDERACIÓN NACIONAL ASPAYM**, Finca La Peraleda, s/n planta 0; 45071 Toledo (Toledo), o a **federacion@aspaym.org**, acompañando copia de su DNI acreditando debidamente su identidad. En cualquier situación, Ud. tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).

- SÍ** deseo recibir comunicaciones de servicios y programas que la Federación ofrece,
- NO** deseo recibir comunicaciones de servicios y programas que la Federación ofrece

En ade.....de 20

Firma del solicitante