

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN
DE SERVICIO DE
FISIOTERAPIA**

(Espacio reservado para el registro de entrada)

INTERESADO	NIF/TR/PASAPORTE	APELLIDOS Y NOMBRE		
	DOMICILIO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____	
	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		EMPADRONADO ☐ SÍ ☐ NO

SOLICITA	PROPUESTA DE TRATAMIENTO	DOCUMENTACIÓN ☐ INFORME MÉDICO (necesario)
	VALORACIÓN TERAPEUTICA	

FIRMA	En Orgaz, a de de 20
	(Firma del interesado)

ILMO. SR. ALCALDE - PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE ORGAZ

En cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679, y en relación al tratamiento de sus datos personales, le informamos de lo siguiente:

Responsable: El responsable del tratamiento es AYUNTAMIENTO DE ORGAZ, C/Arco de San José, 2 - 45450 Orgaz (Toledo).

Finalidad: Registrar de manera centralizada las solicitudes y documentación que los ciudadanos presentan ante el Ayuntamiento de ORGAZ.

Legitimación: Cumplimiento de obligación legal, artículo 16 Ley 39/2015.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos: Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición al tratamiento tal y como se explica en la información adicional.