



## Ajuntament de Sant Pol de Mar

Plaça de la vila, 1 Sant Pol de Mar  
Tel. 937600451 Fax. 937601352  
www.santpol.cat oac@santpol.cat

### **Sol·licitant :**

Nom i cognoms de l'interessat	DNI
Nom i cognoms del representat	DNI

### **Dades per a notificacions :**

Adreça	Codi postal	Població
Telèfons	Fax	Email

### **Autorització :**

<input type="checkbox"/> SI	Autoritzo l' Ajuntament de Sant Pol de Mar a consultar i verificar, mitjançant les plataformes habilitades per les diferents administracions públiques, les dades disponibles en altres administracions públiques com a mitjà alternatiu a la presentació dels corresponents documents que els acrediten i que són imprescindibles per a la resolució d'aquesta tramitació.
<input type="checkbox"/> NO	

<input type="checkbox"/>	Autoritzo i vull rebre la notificació electrònica de tots els procediments de l'Ajuntament de Sant Pol de Mar en els quals sigui titular o part implicada i hagi de ser notificat
<input type="checkbox"/>	Revoco l'autorització per rebre notificació electrònica de tots els procediments de l'Ajuntament de Sant Pol de Mar en els quals sigui titular o part implicada i hagi de ser notificat.

### **Explicació de motius :**

--

### **Demano : (especificar la quantia, si fos el cas)**

--

Signatura
Sant Pol de Mar, de de

**IL·LM SR. ALCALDE DE L'AJUNTAMENT DE SANT POL DE MAR**

L'Ajuntament de Sant Pol de Mar, és responsable de fitxers on consten Dades de Caràcter Personal de ciutadans, recollides directament o cedides per altres administracions, segons la legislació vigent, creats per acord del Ple Municipal (BOPB 11/5/2011) i declarats al Registre General de Protecció de Dades de Catalunya. L'Ajuntament de Sant Pol de Mar compleix amb els principis i obligacions establerts a la LO 15/1999 de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal en la recollida, tractament i cessió d'aquestes, respectant el secret de les dades i la privadesa. Pot exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació que legalment els corresponen a l'Ajuntament, per correu postal a l'Ajuntament de Sant Pol de Mar, Plaça de la Vila 1, 08395, Sant Pol de Mar o a oac@santpol.cat

**Dades personals de la unitat de convivència :**

**Dades de la primera persona convivent**

Nom	Cognoms	Parentiu
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Menor    NIF/NIE :		
Quina és la vostra situació laboral? <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Aturat/ada <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Altres :		
<input type="checkbox"/> SI autoritzo la consulta telemàtica dels documents <input type="checkbox"/> NO autoritzo la consulta telemàtica dels documents		Signatura :

**Dades de la segona persona convivent**

Nom	Cognoms	Parentiu
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Menor    NIF/NIE :		
Quina és la vostra situació laboral? <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Aturat/ada <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Altres :		
<input type="checkbox"/> SI autoritzo la consulta telemàtica dels documents <input type="checkbox"/> NO autoritzo la consulta telemàtica dels documents		Signatura :

**Dades de la tercera persona convivent**

Nom	Cognoms	Parentiu
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Menor    NIF/NIE :		
Quina és la vostra situació laboral? <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Aturat/ada <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Altres :		
<input type="checkbox"/> SI autoritzo la consulta telemàtica dels documents <input type="checkbox"/> NO autoritzo la consulta telemàtica dels documents		Signatura :

**Dades de la quarta persona convivent**

Nom	Cognoms	Parentiu
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Menor    NIF/NIE :		
Quina és la vostra situació laboral? <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Aturat/ada <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Altres :		
<input type="checkbox"/> SI autoritzo la consulta telemàtica dels documents <input type="checkbox"/> NO autoritzo la consulta telemàtica dels documents		Signatura :

**Dades de la cinquena persona convivent**

Nom	Cognoms	Parentiu
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Menor    NIF/NIE :		
Quina és la vostra situació laboral? <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Aturat/ada <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Altres :		
<input type="checkbox"/> SI autoritzo la consulta telemàtica dels documents <input type="checkbox"/> NO autoritzo la consulta telemàtica dels documents		Signatura :

**Declaració i autoritzacions per a prestacions econòmiques**

Jo \_\_\_\_\_  
amb DNI núm. \_\_\_\_\_, en nom de tots els membres de la unitat familiar majors de 16 anys,

DECLARO QUE :

- Compleixo amb els requisits per poder obtenir la condició de beneficiari/a.
- Són certes totes les dades facilitades en aquesta declaració i els documents que s'adjunten a la sol·licitud.
- Em comprometo a complir les condicions imposades per a l'atorgament de la subvenció.
- Estem al corrent del pagament de les nostres obligacions tributàries i de la Seguretat Social.
- No hem rebut ni tramitat cap prestació pel mateix destí, d'un altre organisme públic o privat.

Cas contrari indico quines prestacions i els seus imports :

- 
- Sempre que hem rebut una prestació econòmica d'aquest ajuntament, hem satisfet la part de l'import del servei que ens corresponia, i en aquests moments no tenim cap import pendent de pagar.

Cas contrari, indico l'import, l'organisme i les causes de l'impagament :

- 
- No posseïm béns mobles o immobles, diferents de l'habitatge habitual, sobre els quals tinguem un dret de propietat, possessió, usdefruit o qualsevol altre que, per les seves característiques, valoració, possibilitat d'explotació indiqui l'existència de mitjans suficients per atendre la necessitat per a la qual es sol·licita la prestació.

Cas contrari indico quins :

- 
- Que tinc coneixement íntegre del contingut de les bases reguladores en règim de concurrència competitiva per ajuts socials dels serveis socials de Sant Pol de Mar, aprovades definitivament en data 28 d'abril de 2016.

Signatura

Sant Pol de Mar,                      de                      de

**Sol·licitud de transferència bancària per a pagaments de l'Ajuntament de Sant Pol de Mar**

**Creditor o creditora**

NIF		Nom o denominació social	
Adreça			
Codi postal	Població		Telèfon
Correu electrònic			

**Alta de dades bancàries<sup>1</sup>**

Denominació de l'entitat bancària o d'estalvi			
Codi IBAN			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codi SWIFT / BIC		<input type="text"/>	
Adreça			
Codi postal	Població	País	

**Diligència de conformitat de l'entitat de crèdit (signat i segellat)**

**Baixa de dades bancàries<sup>1</sup>**

Sol·licito que es donin de baixa les dades bancàries següents:

Codi IBAN			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CCC		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Signatura del creditor o creditora**

**Localitat i data**

<sup>1</sup> És imprescindible el codi IBAN i el codi SWIFT/BIC. Cal començar a omplir les dades per l'esquerra.

El creditor o creditora ha de signar sempre aquesta sol·licitud (tant si demana només una alta o una baixa, com si demana una alta i una baixa)