



AYUNTAMIENTO DE  
**NOBLEJAS**



Oficina de Atención al Ciudadano/a

## SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE RESTOS CADAVÉRICOS

### Datos del/la Solicitante

Nombre y apellidos		
D.N.I. / N.I.F.		E-mail
Domicilio		Teléfono
C.P.	Municipio	Provincia

### Representado/a por

Nombre y apellidos		
D.N.I. / N.I.F.		E-mail
Domicilio		Teléfono
C.P.	Municipio	Provincia

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

SEPULTURA	Cuartel	Fila	Número
CLASE	Perpetua	Nicho	Columbario
Titular	Legítimo heredero del titular	Representante del titular	
Datos de los cadáveres objeto de reducción:			Fecha de inhumación:

### ANOTACIÓN DEL ENCARGADO MUNICIPAL

Efectuada la reducción	Día:	Hora:
Empresa o particular:		
Firma del encargado municipal	En Noblejas a de de 20	

### TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 y con la normativa española vigente, se le informa que los datos recogidos en el presente formulario son necesarios para la prestación del servicio que se pretende y su negativa a proporcionarlos supondría la imposibilidad de prestar el mismo. Con su firma de aceptación de la solicitud consiente expresamente y autoriza como Responsable del Tratamiento a AYUNTAMIENTO DE NOBLEJAS con CIF P4511600A y mail [gestion@noblejas.es](mailto:gestion@noblejas.es) para el tratamiento de todos los datos personales facilitados por usted a fin de prestarle el servicio solicitado y realizar la gestión del mismo. Los datos proporcionados se conservarán el tiempo necesario para el cumplimiento legal. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos, solicitar su supresión, limitación u oposición y en su caso portabilidad. Contacto Delegado de Protección de Datos:

Francisco Rojas: [frojas@prevensystem.com](mailto:frojas@prevensystem.com)

Si doy mi consentimiento  No doy mi consentimiento

En Noblejas, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma,