



SOLICITUD TRANSMISIÓN DE CESIÓN DE SEPULTURA

I. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS		NIF / DNI / NIE	e-mail		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DOMICILIO		Nº	ESC.	PLANTA	PTA.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	MUNICIPIO	PROVINCIA	TELÉFONO1	TELÉFONO2	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

II. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTADA (En caso de actuar con representación)

NOMBRE Y APELLIDOS		NIF / DNI / NIE	e-mail		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DOMICILIO		Nº	ESC.	PLANTA	PTA.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	MUNICIPIO	PROVINCIA	TELÉFONO1	TELÉFONO2	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

III. MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

Notificación en papel

Notificación electrónica. **(SI ELIGE ESTA OPCIÓN, ES NECESARIO DISPONER DE CERTIFICADO ELECTRÓNICO PARA ACCEDER A LA NOTIFICACIÓN)**

Acepto ser notificado o notificada de forma electrónica, como mecanismo de notificación, utilizando para ello la dirección de correo electrónico indicada a continuación a efectos de aviso de notificación:

IV. DATOS DE LA SOLICITUD

Solicita la transmisión a su nombre de la sepultura ubicada en:

CALLE	Nº
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de sepultura:

Nicho Fosa Columbario Panteón

Cuyos nuevos titulares son:

TITULAR 1

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF / DNI / NIE	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO		
<input type="text"/>		

TITULAR 2

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF / DNI / NIE	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO		
<input type="text"/>		



SOLICITUD TRANSMISIÓN DE CESIÓN DE SEPULTURA

TITULAR 3

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF / DNI / NIE	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO		
<input type="text"/>		

TITULAR 4

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF / DNI / NIE	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO		
<input type="text"/>		

San Vicente del Raspeig a :

Firma del solicitante o representante legal:

SR./SRA. ALCALDE/SA DEL AYUNTAMIENTO DE SAN VICENTE DEL RASPEIG

PROTECCIÓN DE DATOS

El responsable del tratamiento de sus datos de carácter personal es el Ayuntamiento de San Vicente del Raspeig, Plaça de la Comunitat Valenciana, 1, 03690. La finalidad para la que sus datos van a ser tratados es la gestión y tramitación de su solicitud. Legitimación para realizar dicho tratamiento está basada en el ejercicio de poderes públicos, misión de interés público y/o cumplimiento de una obligación legal, de acuerdo con el art. 6 del RGPD. No están previstas cesiones a terceros. Los derechos que usted como interesado ostenta consisten en: acceso, rectificación o supresión, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y retirada del consentimiento prestado. El modo de ejercer estos derechos se indica en la información adicional, disponible en la sede electrónica (<https://raspeig.sedipualba.es>)