



## Sol·licitud de la targeta d'aparcament provisional a l'ens local

### Dades de la persona interessada

Cognoms	Nom	Número DNI / NIF / NIE
Nom sentit	<i>Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere,) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>	
Data de naixement	Adreça (carrer, número, bloc, pis, porta)	
Telèfon	Població	Codi postal

### Dades de la persona representant legal, si escau

Cognoms	Nom	Número DNI / NIF / NIE
Nom sentit	<i>Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere,) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>	
Data de naixement	Adreça (carrer, número, bloc, pis, porta)	
Telèfon	Població	Codi postal

### Modalitat de targeta

Titular no conductor/a

### Declaracions

Declaro, sota la meva responsabilitat, que disposo de la representació legal per actuar en nom de la persona interessada en tot allò relacionat amb aquest expedient, si escau.

Declaro, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud.

Declaro, sota la meva responsabilitat, que la documentació que s'adjunta és una còpia idèntica del document original.

Declaro, sota la meva responsabilitat, que compleixo les condicions requerides per accedir a l'objecte d'aquesta sol·licitud.

Declaro que estic assabentat/da de l'obligació de comunicar a l'administració actuant qualsevol variació que pogués produir-se d'ara en endavant.

Declaro que estic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.

Localitat	Data
Signatura de la persona sol·licitant	Signatura de la persona representant legal

## Documentació que cal aportar

---

D'aquests documents n'heu d'adjuntar una còpia, excepte que s'indiqui el contrari:

- A) Dues fotografies tipus carnet de la persona interessada.
  - b) NIE, en cas que la persona interessada i/o el seu representant sigui estrangera. (1)
  - c) Annex a aquesta sol·licitud: Informe mèdic per a l'acreditació dels requisits per a la targeta d'aparcament provisional.
- 

*D'acord amb l'habilitació legal establerta en la disposició addicional 4a de la Llei 13/2014, no caldrà aportar: el DNI de la persona sol·licitant, el DNI de la persona representant legal ni la resolució del grau de discapacitat o equivalent. L'ens local comprovarà les dades mitjançant la plataforma d'intercanvi de dades Via Oberta del Consorci AOC.*

*(1) En el cas del NIE, atès que no es pot fer la consulta davant l'organisme corresponent, cal que l'aporteu.*

## Comunicació del Departament a la persona sol·licitant

---

1. En compliment de la normativa en matèria de protecció de dades, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran al tractament corresponent de l'ens local competent per gestionar aquesta sol·licitud i fer-ne el seguiment.

La unitat responsable del tractament és l'ens local competent i les dades recollides s'emmagatzemaran amb les mesures de seguretat i confidencialitat establertes legalment.

Podeu accedir a les vostres dades, rectificar-les o suprimir-les, oposar-vos al tractament i sol·licitar-ne la limitació, quan sigui procedent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a l'ens local competent.

### 2. Informació bàsica de protecció de dades del tractament "Accessibilitat"

**Responsable del tractament:** Àrea de Promoció de l'Accessibilitat i de Supressió de Barreres del Departament de Drets Socials.

**Finalitat:** La finalitat és la gestió dels expedients de consultes, informes tècnics i denúncies sobre accessibilitat, supressió de barreres, targetes d'aparcament, assessorament de productes de suport i normatives relacionades.

**Legitimació:** El tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. I consentiment de l'interessat.

**Destinatari:** Les dades es cediran a altres administracions públiques, segons el Decret 97/2002, de 5 de març, sobre la targeta d'aparcament per a persones amb disminució i altres mesures adreçades a facilitar el desplaçament de les persones amb mobilitat reduïda, amb el consentiment previ de la persona afectada.

**Drets de les persones interessades:** Podeu accedir a les vostres dades, rectificar-les o suprimir-les, oposar-vos al tractament i sol·licitar-ne la limitació, quan sigui procedent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a l'Àrea de Promoció de l'Accessibilitat i de Supressió de Barreres per correu postal (Passeig del Taulat, 266-270 08019 Barcelona) o correu electrònic (adreçat a [accessibilitat.dso@gencat.cat](mailto:accessibilitat.dso@gencat.cat) i signat electrònicament amb DNI electrònic o certificat digital reconegut).

**Informació addicional al web:** <https://dretssocials.gencat.cat/protecciodades>

Amb la vostra signatura, autoritzeu explícitament la unitat responsable per al tractament de categories especials de dades amb les finalitats indicades.

3. D'acord amb la disposició addicional quarta de la Llei 13/2014, de 30 d'octubre, d'accessibilitat, les dades personals necessàries que l'administració actuant requereixi per a l'exercici de les competències que determina aquesta llei es poden comunicar sense el consentiment de la persona afectada.

4. D'acord amb l'art 35 de la Llei 26/2010, del 3 d'agost de règim jurídic i de procediment de les administracions públiques de Catalunya, s'entén per declaració responsable el document subscrit per la persona interessada en què declara, sota la seva responsabilitat, que compleix els requisits establerts en la normativa vigent per accedir al reconeixement d'un dret o facultat o per al seu exercici, que disposa de la documentació acreditativa corresponent i que es compromet a mantenir-ne el compliment durant la vigència d'aquest reconeixement o exercici. La presentació de la declaració responsable faculta l'ens local a verificar la conformitat de les dades que s'hi contenen sempre que sigui possible, o bé a efectuar el requeriment de documentació quan sigui necessari.

5. El període de validesa de la Targeta d'Aparcament Provisional és de 12 mesos des de la data de la seva emissió.

---

## AJUNTAMENT O ENS LOCAL:

---

Aquesta sol·licitud s'ha de presentar a l'ajuntament o a l'ens local competent en l'ordenació del trànsit de la localitat on estigui empadronada la persona interessada, sense perjudici del que disposa l'article 25 de la Llei 26/2010, del 3 d'agost, de règim jurídic i de procediment de les administracions públiques de Catalunya.

---

**INFORME MÈDIC per a l'acreditació dels requisits per a la targeta d'aparcament provisional**

A emplenar pel metge/essa de família dels serveis públics de Salut.

**Dades de la persona interessada**

Cognoms	Nom	Número DNI / NIF / NIE
Nom sentit	<i>Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere,) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>	
Data de naixement	Adreça (carrer, número, bloc, pis, porta)	
Telèfon	Població	Codi postal

**Dades del/de la metge/essa que emet l'informe**

Nom	Primer cognom	Segon cognom	
Núm. de col·legiat/ada	Unitat productiva	Centre	Telèfon centre

**Informació mèdica imprescindible per a l'acreditació**

**A) Diagnòstic de la malaltia o patologia d'extrema gravetat que hagi causat la mobilitat reduïda i suposi fefaentment una reducció substancial de l'esperança de vida (Camp obligatori):**

	Codi (1)

**B) Descripció de l'afectació de la mobilitat de la persona (Camp obligatori):**

	Codi (1)

**C) Diagnòstic/s adicional/s que afecten la mobilitat de la persona:**

	Codi (1)

**D) Fase de la malaltia i altres observacions:**

	Codi (1)

**Marqueu les caselles que corresponguin a la mobilitat de la persona interessada:**

SI	NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Necessita de bastons, caminador o ajuda d'una altra persona per desplaçar-se petites distàncies.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Usuari/ària de cadira de rodes.

Localitat	Data d'emissió
Signatura del/de la metge/essa que emet l'informe	Segell

(1) Codi corresponent a la classificació internacional de malalties (CIM-10).

