

## FICHA ASISTENCIA

PLAZO

FECHA:

ENTIDAD DERIVANTE:

ENTIDAD ASISTIDA:

PERSONA DE CONTACTO:

Nombre:

Apellidos:

Sexo:

DNI:

Domicilio:

Localidad:

C.P.:

Correo Electrónico:

Teléfono:

Tiene reconocido una discapacidad igual o superior al 33%:

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

FIRMA DEL INTERESADO/A:

### **Información básica sobre Protección de datos**

Responsable: Confederación Andaluza de Entidades de Personas con Discapacidad Física y Orgánica, Andalucía Inclusiva COCEMFE; Finalidad: Prestar los servicios de consulta jurídica solicitados y enviar comunicaciones informativas sobre el objeto de la consulta; Legitimación:

Consentimiento del interesado, interés legítimo del Responsable; Destinatarios: No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal; Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a [info@andaluciainclusiva.es](mailto:info@andaluciainclusiva.es) o Avda. Alcalde Luis Uruñuela, Edificio Congreso, Plta. 2ª, Mod. 211, 41020 Sevilla; Procedencia: El propio interesado; Información adicional: [www.andaluciainclusiva.es](http://www.andaluciainclusiva.es).