

D. _____

DNI _____ E-mail _____

Tfno. Fijo. _____ Tfno. Móvil. _____

Domicilio _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Ante V.I: como mejor proceda expone:

1.- Que precisa le seas expedida certificación acreditativa de _____

2.- La certificación se solicita a efectos de _____

Por todo ello SUPLICA a V.I. le sea expedida la certificación que solicita.

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante el siguiente formulario quedarán registrados en un fichero de la Diputación y únicamente podrán ser utilizados para el ejercicio estricto de las funciones derivadas del Servicio de Gestión de Recursos Humanos. En ningún caso se destinarán estos datos a otros fines ni se entregarán a terceras partes, de acuerdo con los principios de protección de datos de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En todo momento, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición dirigiéndose por escrito y acompañando fotocopia de su NIF al Servicio citado, en la dirección siguiente: Edificio Torreón, plaza de Regla, s/n CP 24071, de León.

LEON, _____

Ilmc. Sr. Presidente de la Diputación de León.