



VEHICLES PER A PERSONES AMB AUTORIZACIÓ SANITARIA*
VEHÍCULOS PARA PERSONAS CON AUTORIZACIÓN SANITARIA*

Sol·licitud d'alta al registre d'autorització de circulació a la ZBE Rondes de Barcelona
Solicitud de alta en el registro de autorización de circulación en la ZBE Rondes de Barcelona

Escriuiu amb lletres majúscules per evitar errors / Escriba con letras mayúsculas para evitar errores.

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT (el sol·licitant ha de ser la persona amb requisits sanitaris)
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (el solicitante tiene que ser la persona con requisitos sanitarios)

| | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| Nom i cognoms / Nombre y apellidos | | <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport / Pasaporte | |
| <input type="text"/> | | Núm. document / N° documento | <input type="text"/> |
| Telèfon / Teléfono | Correu electrònic / Correo electrónico | | Data naixement / Fecha nacimiento |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Tipus de via (carrer, pl,...) / Tipo de vía (calle, pl,...) | Nom de la via / Nombre de la vía | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Número | Escala / Escalera | Pis / Piso | Porta / Puerta |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Codi postal / Código postal | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Municipi / Municipio | Província / Provincia | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Matrícula (vehicule registrat a l'Estat espanyol) / Matricula (vehículo registrado en el Estado español) | País / País | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

*Vehicles dedicats al transport de persones amb malalties que els condicionen l'ús del transport públic o que requereixen realitzar tractaments mèdics de forma periòdica que **realitzen el seguiment en centres privats o de fora de Catalunya**. Només es permet una sol·licitud d'aquest tipus d'autorització per sol·licitant.

*Vehículos dedicados al transporte de personas con enfermedades que les condicionan el uso del transporte público o que requieren de tratamientos médicos de forma periódica que **realizan el seguimiento en centros privados o de fuera de Cataluña**. Solo se permite una solicitud de este tipo de autorización por solicitante.

DADES DE LA PERSONA RESPONSABLE (omplir només en cas de menor de 18 anys o persona tutelada*)
DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE (rellenar solo en caso de menor de 18 años o persona tutelada*)

| | | | |
|------------------------------------|--|--|----------------------|
| Nom i cognoms / Nombre y apellidos | | <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport / Pasaporte | |
| <input type="text"/> | | Núm. document / N° documento | <input type="text"/> |

*En cas de persones tutelades **adjuntar sentència d'incapacitació i tutela**.

*En caso de personas tuteladas **adjuntar sentencia de incapacitación y tutela**.

Per tal de completar l'autorització és necessària documentació administrativa que l'AMB, d'acord amb l'article 28 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, de procediment administratiu comú de les Administracions públiques (LPACAP) pot obtenir directament consultant a les entitats que figuren a revers d'aquest imprès excepte que el sol·licitant expressi la seva negativa.

Para completar la autorización es necesaria documentación administrativa que el AMB, de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 d'octubre, de procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP) puede obtener directamente consultando a las entidades que figuran en el reverso de este impreso excepto que el solicitante exprese su negativa.

Si no desitja que l'AMB faci la consulta i aportarà la documentació requerida per a la tramitació i futures renovacions (detallada al revers d'aquest imprès), marqui:

Si no desea que el AMB haga la consulta y aportará la documentación requerida para la tramitación y futuras renovaciones (detallada en el reverso de este impreso), marque:

DENEGO a l'AMB la consulta de les meves dades a altres administracions públiques.

DENIEGO a el AMB la consulta de mis datos en otras administraciones públicas.

I perquè consti, signo aquesta declaració.

Y para que conste, firmo esta declaración.

A / En _____, _____ de _____ de 20__

SIGNATURA del sol·licitant o persona responsable (en el cas de menor o persona tutelada)
FIRMA del solicitante o persona responsable (en el caso de menores o persona tutelada)

CAL ADJUNTAR A AQUEST IMPRÈS L'INFORME DE COMPLIMENT DE REQUISITS SANITARIS
ES NECESARIO ADJUNTAR A ESTE IMPRESO EL INFORME DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS SANITARIOS

SOL·LICITA QUE:

D'acord amb les normes establertes per l'Àrea Metropolitana de Barcelona en el Reglament del registre metropolità de vehicles estrangers i d'altres vehicles autoritzats a les zones de baixes emissions, es realitzi l'alta al Registre d'autorització de circulació a la ZBE Rondes de Barcelona amb la present sol·licitud.

Els sotassignats responen personalment de la veracitat de les dades manifestades i donen la seva aprovació perquè l'Àrea Metropolitana de Barcelona efectui les comprovacions pertinents a les administracions públiques que es citen a continuació i els autoritza l'accés a les dades amb la finalitat exclusiva de la comprovació assenyalada, amb el compromís de mantenir-ne el secret. El/la sotassignat/da accepta i és conscient que, en cas de comprovar la falsedat de les dades exposades en la sol·licitud, perdrà qualsevol dret al servei.

D'acord amb la legislació vigent en matèria de Protecció de Dades Personals l'informem que les seves dades seran tractades per a la gestió de l'autorització i control d'accés a la Zona de Baixes Emissions (ZBE). El Responsable de Tractament és l'Àrea Metropolitana de Barcelona (AMB). Les seves dades podran ser comunicades a altres administracions públiques per garantir el desenvolupament del servei i les competències de l'AMB i aquestes administracions en l'àmbit de control i gestió de la ZBE.

Per a més informació consulti la política de privacitat de l'AMB a www.amb.cat.

L'informem que pot sol·licitar l'accés, rectificació, supressió i exercir la resta dels seus drets remetent un escrit i adjuntant una còpia del seu DNI dirigit al Serveis Jurídics, Exercici de Drets, Àrea Metropolitana de Barcelona, c/ 62, núm. 16-18 edifici A - Zona Franca 08040 Barcelona o bé per instància genèrica de la Seu electrònica del portal web de www.amb.cat indicant Exercici de drets.

CONSULTA A ALTRES ADMINISTRACIONS PÚBLIQUES

Ens on es podran realitzar les comprovacions per part de l'AMB:

- Direcció General de la Policia (DGP) per verificar la identitat.

En cas de denegar la consulta de l'AMB a altres administracions públiques caldrà presentar còpia de la documentació següent:

- Document d'identitat del sol·licitant i/o representant (si aplica)

SOLICITA QUE:

De acuerdo a las normas establecidas por el Área Metropolitana de Barcelona en el Reglamento del registro metropolitano de vehículos extranjeros y de otros vehículos autorizados en la zona de bajas emisiones, se realice el alta al Registro de autorización de circulación a la ZBE Rondas de Barcelona con la presente solicitud.

Los abajo firmantes responden personalmente de la veracidad de los datos manifestados y dan su aprobación para que el Área Metropolitana de Barcelona efectúe las comprobaciones pertinentes a las administraciones públicas que se citan a continuación y les autoriza el acceso a los datos con la finalidad exclusiva de la comprobación señalada, con el compromiso de mantener su secreto. El/la abajo firmante acepta y es consciente que, en caso de comprobar la falsedad de los datos expuestos en la solicitud, perderá cualquier derecho al servicio.

De acuerdo con la legislación vigente en materia de Protección de Datos Personales le informamos que sus datos serán tratados para la gestión de la autorización y control de acceso a la Zona de Bajas Emisiones (ZBE). El Responsable de Tratamiento es el Área Metropolitana de Barcelona (AMB). Sus datos podrán ser comunicados a otras administraciones públicas para garantizar el funcionamiento del servicio y las competencias del AMB y estas administraciones en el ámbito de control y gestión de la ZBE.

Para más información consulte la política de privacidad del AMB en www.amb.cat.

Le informamos que puede solicitar el acceso, rectificación, supresión y ejercer el resto de sus derechos remitiendo un escrito y adjuntando una copia de su DNI dirigido a los Servicios Jurídicos, Ejercicio de Derechos, Área Metropolitana de Barcelona, c/62, núm. 16-18 edificio A – Zona Franca 08040 Barcelona o bien por instancia genérica de la Sede electrónica del portal web de www.amb.cat indicando Ejercicio de Derechos.

CONSULTA A OTRAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Entes en los que se podrán realizar las comprobaciones por parte del AMB:

- Dirección General de la Policía (DGP) para verificar la identidad.*

En caso de denegar la consulta del AMB a otras administraciones públicas deberá presentar copia de la siguiente documentación:

- Documento de identidad del solicitante y/o representante (si aplica)*



Informe de compliment de requisits sanitaris Informe de cumplimiento de requisitos sanitarios

Document a omplir pel centre sanitari.

Documento a rellenar por el centro sanitario.

Annexar al formulari de sol·licitud d'autortització de circulació a la ZBE Rondes de Barcelona per a vehicles dedicats al transport de persones amb malalties que els condicionen l'ús del transport públic o que requereixen realitzar tractaments mèdics de forma periòdica.

Anexar al formulario de solicitud de autorización de circulación a la ZBE Rondes de Barcelona para vehículos dedicados al transporte de personas con enfermedades que les condicionan el uso del transporte público o que requieren realizar tratamientos médicos de forma periódica.

Escriviu amb lletres majúscules per evitar errors / Escriba con letras mayúsculas para evitar errores.

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

| | | |
|----------------------|----------------------|--|
| Nom / Nombre | Núm. CIP / Nº CIP | <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport / Pasaporte |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Núm. document Nº documento <input type="text"/> |
| Cognoms / Apellidos | | |
| <input type="text"/> | | |

DADES DEL CENTRE SANITARI QUE EMET L'INFORME / DATOS DEL CENTRO SANITARIO QUE EMITE EL INFORME

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Nom del Centre / Nombre del centro | Població / Población |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

D'acord amb les ordenances i reglaments relatius a la restricció de la circulació de determinats vehicles a la Zona de Baixes Emissions Rondes de Barcelona, la persona esmentada en aquest informe es troba en alguna de les situacions descrites a continuació:

De acuerdo con las ordenanzas y reglamentos relativos a la restricción de la circulación de determinados vehículos a la Zona de Baixes Emissions Rondes de Barcelona, la persona nombrada en este informe se encuentra en alguna de las situaciones descritas a continuación:

Està diagnosticada amb una **malaltia** que la condiona en l'ús del transport públic. Existeix una **recomanació mèdica de que no pot utilitzar el transport públic.**
*Está diagnosticada con una **enfermedad** que la condiona en el uso del transporte público. Existe una **recomendación médica de que no puede utilizar el transporte público***

Està diagnosticada amb una malaltia que requereix **realitzar tractaments mèdics de forma periòdica i no pot accedir al servei de transport sanitari no urgent.**
*Está diagnosticada con una enfermedad que requiere **realizar tratamientos médicos de forma periódica y no puede acceder al servicio de transporte sanitario no urgente.***

El tractament comença amb data: / El tratamiento empieza en fecha: ____ / ____ / 20 ____

El tractament finalitza amb data: / El tratamiento finaliza en fecha: ____ / ____ / 20 ____

Observacions / Observaciones

Segell del Centre Sanitari / Sello del Centro Sanitario

Data / Fecha