



## Informe de compliment de requisits sanitaris

Annex al formulari d'inscripció de vehicles de persones amb malalties que els condicionen l'ús del transport públic

## Informe de cumplimiento de requisitos sanitarios

Anexo al formulario de inscripción de vehículos de personas con enfermedades que les condicionan el uso del transporte público

Document a omplir pel metge.

Documento a rellenar por el médico.

L'informe només s'ha d'omplir en cas de recomanacions mèdiques de **centres sanitaris no inclosos** en la xarxa de centres que constitueixen el **sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya** o bé si en el formulari de sol·licitud no autoritza la verificació de les dades declarades.

El informe solo debe rellenarse en el caso de recomendaciones médicas de **centros sanitarios no incluidos** en la red de centros que constituyen el **sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña** o si en el formulario de solicitud no autoriza la verificación de los datos declarados.

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

### DADES DEL CENTRE SANITARI o CONSULTA MÈDICA / DATOS DEL CENTRO SANITARIO o CONSULTA MÉDICA

Nom del centre o consulta / Nombre del centro o consulta	<input type="text"/>	Població / Población	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------	----------------------

D'acord amb les ordenances i el reglament relatiu a la restricció de la circulació de determinats vehicles dins les zones de baixes emissions, **la persona esmentada en aquest informe ha estat diagnosticada d'una malaltia que li condiciona l'ús del transport públic i existeix una recomanació mèdica perquè no l'utilitzi.**

De acuerdo con las ordenanzas y el reglamento relativo a la restricción de la circulación de determinados vehículos dentro de las zonas de bajas emisiones, **la persona nombrada en este informe ha sido diagnosticada de una enfermedad que le condiciona el uso del transporte público y existe una recomendación médica para que no lo utilice.**

Els sotassignats responen personalment de la veracitat de les dades manifestades.

Los abajo firmantes responden personalmente de la veracidad de los datos manifestados.

D'acord amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades personals, us informem que les vostres dades personals es tractaran per a la gestió de l'autorització i control d'accés a les zones de baixes emissions (ZBE). El responsable del tractament és l'Àrea Metropolitana de Barcelona (AMB), que tractarà les dades únicament i exclusivament per a aquesta finalitat, i en garantirà la confidencialitat i privacitat. Per a més informació, consulteu la política de privacitat de l'AMB a [www.amb.cat](http://www.amb.cat).

De acuerdo con la legislación vigente en materia de Protección de Datos Personales le informamos que los datos personales serán tratados para la gestión de la autorización y control de acceso a la Zona de Bajas Emisiones (ZBE). Los datos serán tratados única y exclusivamente para este fin, garantizando el AMB la confidencialidad y privacidad de la información. El Responsable de Tratamiento es el Área Metropolitana de Barcelona (AMB). Para más información consulte la política de privacidad del AMB en [www.amb.cat](http://www.amb.cat).

Us informem que podeu sol·licitar l'accés, la rectificació o la supressió de dades i exercir la resta dels vostres drets remetent un escrit (amb una còpia adjunta del DNI) a: Serveis Jurídics, Exercici de drets, Àrea Metropolitana de Barcelona - c/ 62, núm. 16-18, edifici A - 08040 Barcelona (Zona Franca), o bé a través d'una instància genèrica de la Seu electrònica del portal web [www.amb.cat](http://www.amb.cat), indicant-hi «Exercici de drets».

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 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](http://www.amb.cat) indicando Ejercicio de derechos.

Observacions / Observaciones

Signatura i núm. col·legiat / Firma y núm. colegiado

Data / Fecha