



**Sol·licitud d'alta en el Registre metropolità ZBE:
inscripció de vehicles que transportin persones
que requereixen tractament mèdic periòdic**

**Solicitud de alta en el Registro metropolitano ZBE:
inscripción de vehículos que transporten personas
que requieren tratamiento médico periódico**

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

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT (la persona amb requeriment de salut NO ÉS necessàriament titular del vehicle)

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (la persona con requisito de salud NO ES necesariamente titular del vehículo)

Nom i cognoms / Nombre y apellidos		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport / Pasaporte	
<input type="text"/>		Núm. document Nº documento	<input type="text"/>
Telèfon / Teléfono	Correu electrònic / Correo electrónico	Data naixement / Fecha nacimiento	
<input type="text"/>	<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"/>	
Número	Escalera Escalera	Pis Piso	Porta Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Municipi Municipio	Província Provincia	Codi postal Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Matrícula (vehicle registrat a l'Estat espanyol) Matricula (vehículo registrado en el Estado español)	País País	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DADES DE LA PERSONA RESPONSABLE (omplir només en cas de menors de 18 anys o persones tutelades*)

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE (rellenar solo en caso de menores de 18 años o personas tuteladas*)

Nom i cognoms / Nombre y apellidos		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport / Pasaporte	
<input type="text"/>		Núm. document Nº documento	<input type="text"/>

*En el cas de persones tutelades, adjunteu la sentència d'incapacitació i nomenament de tutor i l'acta d'acceptació del tutor.

*En el caso de personas tuteladas, adjunte la sentencia de incapacitación y nombramiento de tutor y el acta de aceptación del tutor.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

Targeta sanitària individual núm: _____
Nom del centre mèdic: _____
Municipi on està ubicat: _____

Tarjeta sanitaria individual núm: _____
Nombre del centro médico: _____
Municipio donde está ubicado: _____

M'han diagnosticat una malaltia que requereix fer tractaments mèdics de manera periòdica en un centre sanitari ubicat en municipis amb ZBE o en centres sanitaris de referència d'aquests municipis.

Me han diagnosticado una enfermedad que requiere realizar tratamientos médicos de forma periódica en un centro sanitario ubicado en municipios con ZBE o en centros sanitarios de referencia en estos municipios.

El tractament comença amb data: ___ / ___ / 20___ (posterior a la data de sol·licitud)

El tratamiento empieza en fecha: ___ / ___ / 20___ (posterior a la fecha de solicitud)

El tractament finalitza amb data: ___ / ___ / 20___ (màxim 1 any des de la sol·licitud)

El tratamiento finaliza en fecha: ___ / ___ / 20___ (máximo 1 año desde la solicitud)

Per tal de completar l'autorització és necessària documentació administrativa que l'AMB, d'acord 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 al revers d'aquest imprès sempre que el sol·licitant expressi la seva autorització.

Para completar la autorización, es necesario consultar documentación administrativa que el AMB, de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), puede obtener directamente consultando a las entidades que figuran en el reverso de este impreso, siempre y cuando el solicitante lo autorice

AUTORITZO que l'AMB traslladi la informació i les dades que declaro a personal sanitari i que accedeixi als registres públics corresponents (detallats al revers d'aquest imprès) per tal de verificar-les.

AUTORIZO que el AMB traspase la información y los datos que declaro a personal sanitario y que acceda a los registros públicos correspondientes (detallados en el reverso de este impreso) para verificarlos.

AUTORITZO la recepció electrònica de notificacions d'aquest procediment. A aquest efecte, facilito el correu electrònic de contacte en la present sol·licitud

AUTORIZO la recepción electrónica de notificaciones de este procedimiento. A tal efecto, facilito el correo electrónico de contacto en la presente solicitud

I, perquè així consti, signo aquesta declaració

Y, para que así conste, firmo esta declaración.

A / En _____, _____ de _____ de 20___

SIGNATURA del sol·licitant o persona responsable (en el cas de menors o persones tutelades)
FIRMA del solicitante o persona responsable (en el caso de menores o personas tuteladas)

En el 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 si no autoritza a la verificació de les dades declarades, caldrà adjuntar l'informe signat per un facultatiu.

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 no autoriza a la verificación de los datos declarados, se deberá adjuntar el informe firmado por un facultativo

SOL·LICITA QUE:

D'acord amb les normes establertes per l'Àrea Metropolitana de Barcelona (AMB) en el Reglament del Registre metropolità de vehicles estrangers i altres vehicles autoritzats a les zones de baixes emissions, es realitzi la inscripció del vehicle en el Registre en la categoria de vehicles que presten un servei o activitat singular i es concedeixi l'autorització mentre duri el tractament indicat, i durant un període màxim d'un any.

Els sotassignats responen personalment de la veracitat de les dades manifestades i donen el consentiment perquè l'AMB efectui les comprovacions pertinents a les administracions públiques que s'anomenen a continuació, i les autoritza perquè accedeixin a les dades amb la finalitat exclusiva de fer-ne la comprovació indicada, amb el compromís de mantenir-ne el secret. El/la sotassignat/ada ho accepta i és conscient que, en cas que es comprovi 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, us informem que les vostres dades es tractaran per a la gestió de l'autorització i el control d'accés a les zones de baixes emissions de la metròpolis de Barcelona. El responsable del tractament és l'AMB, que podrà comunicar les vostres dades a altres administracions públiques per garantir el desenvolupament del servei i les competències de l'AMB i d'aquestes administracions en l'àmbit de control i gestió de les ZBE de la metròpolis de Barcelona. Per a més informació, consulteu la política de privacitat de l'AMB a 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 del DNI adjunta) 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, indicant-hi «Exercici de drets».

CONSULTA A ALTRES ADMINISTRACIONS PÚBLIQUES

Administracions en les quals l'AMB podrà efectuar comprovacions:
- Direcció General de la Policia (DGP), per verificar la identitat.
- Servei Català de la Salut (CatSalut).

En cas que **no s'autoritzi 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 escau).
- Informe mèdic que indiqui que es compleixen els requisits signat per un facultatiu del centre sanitari.

DECLARACIÓ RESPONSABLE

D'acord amb l'article 35 de la Llei 26/2010, de 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 el qual declara, sota la seva responsabilitat, que compleix els requisits establerts per 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 el seu compliment durant la vigència d'aquest reconeixement o exercici.

Així mateix, us informem que l'article 38 de l'esmentada Llei 26/2010 regula la inexactitud, falsedat o omissió en les dades aportades en la declaració responsable i estableix que:

1. La inexactitud, la falsedat o l'omissió, de caràcter essencial, de qualsevol dada o document que acompanyi o consti en una declaració responsable o en una comunicació prèvia comporten, prèvia audiència de la persona interessada, deixar sense efectes el tràmit corresponent i impedeixen exercir el dret o l'activitat afectada des del moment en què es coneixen.
2. La resolució administrativa que constata les circumstàncies a les quals es refereix l'apartat 1 pot comportar també l'inici de les actuacions corresponents i impedeix exercir el dret o l'activitat afectada des del moment en què es coneixen.

NOTIFICACIONS ELECTRÒNIQUES

Les persones jurídiques i les persones físiques obligades a relacionar-se electrònicament amb les administracions públiques rebran les notificacions electrònicament. Amb aquesta finalitat, han de fer constar el correu electrònic.

Les persones físiques no obligades a relacionar-se electrònicament amb les administracions públiques han d'autoritzar aquest sistema i facilitar un correu electrònic de contacte en la present sol·licitud, a l'efecte de rebre notificacions.

SOLICITA QUE:

De acuerdo a las normas establecidas por el Área Metropolitana de Barcelona (AMB) en el Reglamento del Registro metropolitano de vehículos extranjeros y otros vehículos autorizados en las zonas de bajas emisiones, se realice la inscripción del vehículo en el Registro en la categoría de vehículos que prestan un servicio o actividad singular y se conceda la autorización durante el tratamiento indicado y por un periodo máximo de un año.

Los abajo firmantes responden personalmente de la veracidad de los datos manifestados y dan su consentimiento para que el AMB efectúe las comprobaciones pertinentes a las administraciones públicas que se citan a continuación, y las autoriza para que accedan a los datos con la finalidad exclusiva de hacer la comprobación señalada, con el compromiso de mantener su secreto. El/la abajo firmante lo acepta y es consciente de que, en caso de comprobarse 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 de que sus datos serán tratados para la gestión de la autorización y control de acceso a las zonas de bajas emisiones de la metròpolis de Barcelona. El responsable del tratamiento es el AMB, que podrá comunicar sus datos a otras administraciones públicas para garantizar el funcionamiento del servicio y las competencias del AMB y de estas administraciones en el ámbito de control y gestión de las ZBE de la metròpolis de Barcelona. Para más información, consulte la política de privacidad del AMB en www.amb.cat.

Le informamos de que puede solicitar el acceso, la rectificación o la supresión de datos y ejercer el resto de sus derechos remitiendo un escrito (con una copia adjunta de su DNI) a: Servicios Jurídicos, Ejercicio de derechos, Área Metropolitana de Barcelona - c/62, n.º 16-18, edificio A - 08040 Barcelona (Zona Franca), o bien mediante una instancia genérica de la Sede electrónica del portal web www.amb.cat, indicando «Ejercicio de derechos».

CONSULTA A OTRAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Administraciones en las que el AMB podrá realizar comprobaciones:
- Dirección General de la Policía (DGP), para verificar la identidad.
- Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).

En caso de **no autorizar la consulta del AMB** a otras administraciones públicas, **deberá presentarse copia de la siguiente documentación:**

- Documento de identidad del solicitante y/o representante (si aplica).
- Informe médico de cumplimiento de requisitos firmado por un facultativo del centro sanitario.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

De acuerdo con el artículo 35 de la Ley 26/2010, de 3 de agosto, de Régimen Jurídico y de Procedimiento de las Administraciones Públicas de Cataluña, se entiende por «declaración responsable» el documento suscrito por la persona interesada en el cual declara, bajo su responsabilidad, que cumple los requisitos establecidos por la normativa vigente para acceder al reconocimiento de un derecho o facultad o para su ejercicio, que dispone de la documentación acreditativa correspondiente y que se compromete a mantener su cumplimiento durante la vigencia de este reconocimiento o ejercicio.

Asimismo, le informamos de que el artículo 38 de la citada Ley 26/2010 regula la inexactitud, falsedad u omisión en los datos aportados en la declaración responsable y establece que:

1. La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o documento que acompañe o conste en una declaración responsable o en una comunicación previa comportan, previa audiencia de la persona interesada, dejar sin efectos el trámite correspondiente e impiden el ejercicio del derecho o de la actividad afectada desde el momento en el que se conocen.
2. La resolución administrativa que constata las circunstancias a las que se refiere el apartado 1 puede comportar también el inicio de las actuaciones correspondientes e impide el ejercicio del derecho o de la actividad afectada desde el momento en el que se conocen.

NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

Las personas jurídicas y las personas físicas obligadas a relacionarse electrònicamente con las administraciones públicas recibirán las notificaciones electrònicamente. Con esta finalidad, deben hacer constar su correo electrònico.

Las personas físicas no obligadas a relacionarse electrònicamente con las administraciones públicas deben autorizar este sistema y facilitar un correo electrònico de contacto en la presente solicitud, al efecto de recibir notificaciones