|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellidos** |  | **NIF** |  |
| **Razón Social** |  | **CIF** |  |
|  |
| **Domicilio***a efectos de notificación* |  | **Nº** |  | **Pta.** |  |
| **C.P.** |  | **Población** |  | **Provincia** |  |
|  |
| **Teléfono** |  | **Correo electrónico** |  |

|  |
| --- |
| **EXPONE:** |
|  |

|  |
| --- |
| **POR TODO LO EXPUESTO ANTERIORMENTE** *(marcar con una “X” según proceda y exponer)***:** |
| **SOLICITA ( ) COMUNICA ( )** |
|  |

|  |
| --- |
| **Relación de documentos que acompaña:** |
| **1.**  |
| **2.**  |
| **3.**  |
| **4.**  |
| **5.**  |
| **6.**  |

|  |
| --- |
| **DIRIGIDO A SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO DE ASTROFÍSICA DE CANARIAS**  |

En San Cristóbal de La Laguna, a de de 201

Firma:

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos han sido incluidos en un fichero automatizado del que es titular el INSTITUTO DE ASTROFÍSICA DE CANARIAS, y serán utilizados para contactarle e informarle en el marco de nuestras actividades. Si no nos manifiesta lo contrario entendemos que usted consiente el tratamiento indicado. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio del INSTITUTO DE ASTROFÍSICA DE CANARIAS en Calle Vía Láctea sn, La Laguna. Sc Tenerife, indicando el derecho concreto que desea ejercitar y adjuntando copia de DNI por ambas caras y dirección a efectos de notificación.