



La empresa ....., con N.I.F./C.I.F, .....,  
y domicilio en municipio de ....., calle/núm .....,  
en nombre propio/representada por D/Dª ....., con N.I.F./C.I.F .....,

EXPONE: Que con objeto de que le sea otorgada una autorización de transporte aporta los siguientes datos:

| CAPACITACIÓN |             |
|--------------|-------------|
| NOMBRE ..... | D.N.I. .... |

|                           |
|---------------------------|
| SERIE: .....              |
| MATRICULA: .....          |
| PLAZAS: .....             |
| FECHA 1ª MAT.: .....      |
| ACTIVIDAD/IAE: .....      |
| <b>Licencia Municipal</b> |
| L.M ..... Municipio ..... |

| AMBITO:                             |                                  |                                     |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autonómico | <input type="checkbox"/> Insular | <input type="checkbox"/> Itinerario |

| DISPOSICION VEHÍCULO:                    |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Propiedad       | <input type="checkbox"/> Arrendamiento |
| <input type="checkbox"/> Renting/leasing | <input type="checkbox"/> Otros         |

| DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE LA QUE TRAE CAUSA: |                  |
|--|------------------|
| Nº AUTORIZACIÓN: .....                         | MATRICULA: ..... |

| DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA                         |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Permiso Circulación       | <input type="checkbox"/> IRPF/I. SDADES          | <input type="checkbox"/> C. Sanidad                     |
| <input type="checkbox"/> Ficha Técnica             | <input type="checkbox"/> Cuentas                 | <input type="checkbox"/> Relación Conductores           |
| <input type="checkbox"/> Seguro Vehículo           | <input type="checkbox"/> T. Capacitación         | <input type="checkbox"/> Garaje                         |
| <input type="checkbox"/> C. Tec-Sanitario Veh.     | <input type="checkbox"/> C. Bco. Disp. Fondos    | <input type="checkbox"/> Contrato T. Escolar/ vehículos |
| <input type="checkbox"/> D.N.I./C.I.F.             | <input type="checkbox"/> D. Resp. Honorabilidad  | <input type="checkbox"/> C. Empresa Turistic/D. Resp.   |
| <input type="checkbox"/> Escrituras de la Sociedad | <input type="checkbox"/> D. Resp. Cap. económica | <input type="checkbox"/> Memoria XPC ocio-recreo        |
| <input type="checkbox"/> Seguro Autónomo/TC1       | <input type="checkbox"/> Lic. Municipal VT       | <input type="checkbox"/> Tasas                          |
| <input type="checkbox"/> Aut. T. Seguridad Social  | <input type="checkbox"/> C. Tierras/Escrituras   | <input type="checkbox"/>                                |
| <input type="checkbox"/> Aut. AEAT                 | <input type="checkbox"/> Memoria MPC/XPC         | <input type="checkbox"/>                                |
| <input type="checkbox"/> Aut. A.T.Canaria /IGIC    | <input type="checkbox"/> Lic. Municipal Apertura | <input type="checkbox"/>                                |

| CAUSA DE SOLICITUD:                         |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nueva Autorización | <input type="checkbox"/> Cambio titular   | <input type="checkbox"/> Sustitución vehículo | <input type="checkbox"/> Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Lev. Suspensión    | <input type="checkbox"/> C. Matriculación | <input type="checkbox"/> Cambio Residencia    | .....                                   |

Por ello SOLICITA le sea expedida la tarjeta acreditativa de la autorización.

Autorizo al Servicio de Transportes para recabar cuanta información de Organismos Oficiales sean necesarios para la obtención de la autorización/es que dejo interesada/s

Información sobre Protección de Datos: De conformidad con la normativa vigente, queda informado que los datos de carácter personal y documentos adjuntos serán utilizados para la gestión del trámite referenciado en el presente documento "SOLICITUD AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTE". Todo ello en base al consentimiento expreso para su solicitud y en cumplimiento de las obligaciones legales. Los datos se mantendrán durante el plazo legalmente establecido. Sus datos serán cedidos a la Consejería de Transportes del Gobierno de Canarias, al Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana y a la empresa Ingenium Labor,SL, para su inclusión en la correspondiente base de datos de gestión de las autorizaciones. No se cederán sus datos a otros terceros salvo obligación legal. No se realizan transferencias internacionales de sus datos. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad, por medio de documento que le identifique, dirigido a CABILDO INSULAR DE LA PALMA (Oficina de Atención al Ciudadano), Avenida Marítima 3. CP 38700 Santa Cruz de La Palma (Santa Cruz de Tenerife). O bien, en la dirección de correo electrónico de nuestro Delegado de Protección de Datos: dpo@cablapalma.es. En el caso de no haber obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos, puede presentar reclamación ante la Autoridad de Control. Más información sobre el ejercicio de derechos y protección de datos en la dirección de correo electrónico: dpo@cablapalma.es.

En Santa Cruz de La Palma, a ..... De ..... de 202 .....

Fdo.: