



DECLARACIÓN DE CONSANGUINIDAD

D. , con DNI nº

Nacida el / / , domiciliada en

Y

D. , con DNI nº

Nacida el / / , domiciliada en

En relación a la solicitud de cambio de derecho funerario del nicho del cementerio Municipal nº
del grupo nº .

DECLARAN:

Que las personas relacionadas tienen una relación de consanguinidad de .

PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la normativa de protección de datos personales, le informamos que el tratamiento de los datos personales que se recogen en este formulario serán objeto de tratamiento en la actividad CEMENTERIO MUNICIPAL responsabilidad de AYUNTAMIENTO DE ULEILA DEL CAMPO con la finalidad de GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CEMENTERIO MUNICIPAL, en base a la legitimación de OBLIGACIÓN LEGAL. [Más información sobre Protección de Datos personales](#) en este enlace, en el apartado de privacidad de www.uleiladelcampo.es o bien en la oficina de información o dependencia donde realice su gestión. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación, siguiendo las indicaciones facilitadas, previa acreditación de su identidad. Con la firma de este formulario, confirmo que he sido informado sobre el tratamiento de mis datos personales para la actividad CEMENTERIO MUNICIPAL.



FIRMA

EN , A

Fdo:

Fdo: