



SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE VENTA AMBULANTE

Solicitante	Apellidos						
	Nombre				NIF/NIE		
Representación (Requiere acreditación)	Apellidos						
	Nombre				NIF/NIE		
Domicilio de notificación	Dirección						
	Nº / Km	Bloque	Escalera	Planta	Puerta		
	Municipio						
	Provincia				Código postal		
Medio de notificación	<input type="checkbox"/> Notificación postal			<input type="checkbox"/> Notificación electrónica			
Datos de contacto	Teléfonos						
	Correo electrónico						
Nº de puesto							
Cálculo tasa	M ² (min. 10 m ²) _____ x 0,60/m ² día x ____ semana/s					TOTAL	

Documentación a aportar	<input type="checkbox"/> Fotocopia del documento de identidad
	<input type="checkbox"/> En el caso de trabajadores/as extranjeros/as, los permisos de residencia y trabajo que en cada caso sean exigidos.
	<input type="checkbox"/> Certificados de estar al corriente de pago de obligaciones tributarias y de Seguridad Social.
	<input type="checkbox"/> Justificante de liquidación de tasa.
	<input type="checkbox"/> Justificante de pago de la tasa de ocupación de la vía pública del anterior.
	<input type="checkbox"/> Carnet de manipulador/a de alimentos (sólo en el caso de venta de productos alimenticios).
	<input type="checkbox"/> Copia del seguro de responsabilidad civil por daños derivados del ejercicio de la venta.

Declaración responsable	<p>La persona que suscribe DECLARA bajo su responsabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Que cumple los requisitos establecidos en la Ordenanza reguladora de la venta ambulante para ser titular de autorización. * Que cumple la normativa reguladora del producto o productos objeto de venta ambulante. * Que dispone de la documentación acreditativa del cumplimiento de estos requisitos y que será facilitada a la autoridad competente cuando ésta lo requiera en el ejercicio de las facultades de inspección y control. * Que se compromete a mantener el cumplimiento de estos requisitos durante el plazo de vigencia de la autorización. * Que no se halla incurso/a en causa de incapacidad o incompatibilidad establecida por ley. * Que los datos consignados en la presente declaración son ciertos.
--------------------------------	---

En		a		de		de	
-----------	--	----------	--	-----------	--	-----------	--

Firma:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS: De conformidad con la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal se le informa que esta entidad va a tratar y guardar sus datos de carácter personal aportados en este formulario y documentación que la acompaña. Los mismos serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la correspondiente actividad de tratamiento titularidad del Ayuntamiento de Cabanillas del Campo. - FINALIDAD: Tramitar la solicitud formulada. - LEGITIMACIÓN: Por interés legítimo y por cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento, así como cuando la finalidad del tratamiento requiera su consentimiento, que habrá de ser prestado mediante una clara acción afirmativa. - PLAZO DE CONSERVACIÓN: Sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. COMUNICACIONES DE DATOS: Dichos datos no serán cedidos a terceros ajenos a este ayuntamiento, exceptuando cuando sea necesario para la prestación del servicio solicitado o cuando exista una obligación legal. Se podrían, si procede, ceder datos a otras Administraciones Públicas por estar relacionadas con su solicitud. - DERECHOS: Podrá ejercer sus derechos ante el Ayuntamiento de Cabanillas del Campo en la Plaza del Pueblo, 1, 19171, Cabanillas del Campo (Guadalajara). Puede consultar la política de privacidad en el siguiente enlace: <https://cabanillasdelcampo.sedelectronica.es/privacy>