

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ACCESO AL  
APARCAMIENTO NORTE***(Impreso y normativa aprobados en Junta de Facultad de 11-04-2024)*D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Categoría, Cuerpo o Escala \_\_\_\_\_

Unidad / Departamento \_\_\_\_\_

Matrícula vehículo \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

Matrícula vehículo \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

**SOLICITA AUTORIZACIÓN** (Permanente, temporal o especial)

¿Posee tarjeta inteligente?

SI

NO

**En el caso de autorización temporal,  
especificar periodo.**

DESDE: \_\_\_\_\_

HASTA: \_\_\_\_\_

El interesado manifiesta la total aceptación de la normativa que regula este tipo de autorizaciones y declara conocer la sanción por el aparcamiento fuera de las plazas habilitadas al efecto.

El interesado **DECLARA** que, de acuerdo con lo previsto en los artículos 13 y 14 del RGPD, ha sido informado sobre el tratamiento que vamos a realizar de los datos personales que nos ha facilitado, las condiciones en que se realiza y los derechos que puede ejercitar y otorga su consentimiento mediante la firma del presente documento.

(información a continuación)

Santander, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Firma del interesado

Fdo. \_\_\_\_\_

VºBº  
El/la directora/Directora del Departamento o  
Responsable de la Unidad

VºBº  
El Decano de la Facultad de Medicina

Fdo. \_\_\_\_\_

Fdo.: Samuel Cos Corral

***Nota: Se recuerda que el uso de la T.U.I. es exclusivamente personal. Su utilización indebida supondrá la anulación del permiso.***

**SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**