



SOLICITUD DE REFORESTACIÓN PARTICIPATIVA

ESPACIO
RESERVADO
PARA EL
REGISTRO

1 Solicitante (Persona o Entidad)			
D.N.I./N.I.F./N.I.E.	Nombre o Razón Social	Apellido 1	Apellido 2
Teléfono	Teléfono móvil	Fax/Correo Electrónico	
Nombre de la Asociación			

2 Representante *			
D.N.I./N.I.F./N.I.E.	Nombre o Razón Social	Apellido 1	Apellido 2
Teléfono	Teléfono móvil	Fax/Correo Electrónico	

* Si este documento viene suscrito por representante legal distinto del Solicitante, deberá acompañar documento que acredite la representación.

3 Domicilio a efectos de notificación									
Tipo de vía	Nombre de la vía	Nº	Bis	Portal	Escal	Planta	Pta	Km	
Código Postal	Municipio	Provincia				País			
Vía de notificación <input type="checkbox"/> Telemática <input type="checkbox"/> Postal			Autorizo de forma expresa, para que los actos se le comuniquen en el siguiente correo electrónico						

4 Datos de la Participación		
Número de Participantes Previstos		
Autorización derechos de imagen y uso de la información con fines divulgativos y educativos	<input type="checkbox"/> Autorizo	<input type="checkbox"/> No Autorizo
Necesita asesoramiento o charla informativa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Asume la Instrucción Municipal de Reforestaciones Participativas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dispone de Seguro de Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Aporta Documento Alta e Inscripción de la Asociación en el Registro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

5 Datos de la/s Actividad/es		
Fecha plantación y primer riego		
Preferencia de eEspecies a plantar y unidades		
Necesita plantones Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Necesita herramientas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Detallar medios solicitados (Azada, rastrillos, abono, agua de riego, etc.)
Otros		

- La persona o entidad solicitante deberá aportar documento que acredite la representación, si procede; el justificante de disponer de Seguro de Responsabilidad civil y documentos que acrediten la inscripción de la Asociación en el Registro correspondiente.
 - Autorizo al Excmo. Ayuntamiento de Málaga a que compruebe, por medios propios o solicitando a otras Administraciones Públicas, todos aquellos datos o informaciones necesarios que resulten exigibles al amparo de esta solicitud.
 - De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos facilitados en este documento serán incorporados a un fichero inscrito en la Agencia de Protección de Datos, para el ejercicio de las funciones que corresponden a esta administración Municipal, y podrán ser cedidos a terceros en los casos previstos en la Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Excmo. Ayuntamiento de Málaga sito en Avenida de Cervantes 4, 29016, Málaga.

Málaga, a _____ de _____ de _____
El/La solicitante, El/La representante

Fdo: _____