

**AUTOLIQUIDACIÓN- INFORME /CERTIFICADO**

SOLICITANTE

Nome e apelidos ou razón social

DNI/CIF

Enderezo: / Rúa / Número

Teléfono : Fixo / Móbil

Municipio

Provincia

Código postal

E-mail

REPRESENTANTE

Nome e apelidos

DNI

Enderezo: / Rúa / Número

Teléfono : Fixo / Móbil

Municipio

Provincia

Código postal

E-mail

ACREDITA REPRESENTACIÓN:

 Sí Non

PERSONA A NOTIFICAR:

 SOLICITANTE REPRESENTANTE

MEDIO DE NOTIFICACIÓN:

 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA NOTIFICACIÓN POSTAL

AUTOLIQUIDACIÓN

CONCEPTO A LIQUIDAR::

INFORME/  
CERTIFICADO:Lugar:  
(Enderezo)Importe de la Tasa a liquidar por informe: **12€**

NO INGRESO BANCARIO O CONCEPTO SERÁ O NOME E APELIDOS DO/DA SOLICITANTE

**-ABANCA- IBAN: ES64 2080 5060 1930 4000 4057**

Documentación a aportar:

 **CERTIFICADO INGRESO BANCARIO**

Salceda de Caselas, a

(Sinatura)

**SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DO CONCELLO DE SALCEDA DE CASELAS**

Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, sus datos serán tratados de forma confidencial y podrán ser incorporados a los ficheros del Ayuntamiento de Salceda de Caselas. En cualquier momento podrá ejercitar sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición comunicándolo por escrito, que se presentará en el Registro del Ayuntamiento. Igualmente, con esta solicitud autoriza a los efectos de dicha Ley, a la Administración destinataria de este escrito a la comprobación, telemáticamente con otras Administraciones Públicas de datos declarados y demás circunstancias relativas al ejercicio de la actividad a desenvolver.

Praza do Concello, s/n 36470. Salceda de Caselas  
Tfnos. 986 349003 - 986 347500. Fax 986 347401<http://salcedadecaselas.gal>