

**A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
**DADES DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESSIONAL / DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESIONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DENACIMIENTO	SEXE / SEXO Home Varón	Dona Mujer
NACIONALITAT / NACIONALIDAD	IDENTIFICADOR / IDENTIFICADOR			
	DNI:	NIE:		

**DADES DE LA PERSONA DEPENDENT DIFUNTA / DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE FALLECIDA**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

**B DECLARACIONS RESPONSABLES / DECLARACIONES RESPONSABLES**
**REPRESENTANT HEREDITARI**

- Que durant el període comprès entre la data \_\_\_\_\_ i la data \_\_\_\_\_ el causant va estar rebent cures no professionals adequades per part de la/les persona/es que consta/en como cuidadora/es en aquest document.

**PERSONA CUIDADORA (EN EL CAS QUE HAGUEN EXISTIT VÀRIES PERSONES CUIDADORES S'HAN DE FER CONSTAR LES SEUES DADES, PERÍODE D'ACOMPLIMENT I SIGNATURA EN EL QUADRE ANNEX)**

- Que durant el període comprès entre \_\_\_\_\_ i el \_\_\_\_\_ vaig estar prestant cures no professionals per a la seua atenció i complia amb els requisits exigits en aquell moment per la normativa de de dependència pel el desenvolupament d'aquest treball.

**REPRESENTANTE HEREDITARIO**

- Que durante el período comprendido entre la fecha \_\_\_\_\_ y la fecha \_\_\_\_\_ el causante estuvo recibiendo cuidados no profesionales adecuados por parte de la persona/s que consta/n como cuidadora/s en este documento.

**PERSONA CUIDADORA (EN EL CASO DE QUE HAYA EXISTIDO VARIAS PERSONAS CUIDADORAS SE DEBE HACER CONSTAR SUS DATOS, PERIODO DE DESEMPEÑO Y FIRMA EN EL CUADRO ANEXO)**

- Que durante el período comprendido entre \_\_\_\_\_ y el \_\_\_\_\_ estuve prestando cuidados no profesionales para su atención y cumplía con los requisitos exigidos en ese momento por la normativa de de dependencia para el desempeño de ese trabajo.

COGNOMS I NOM APELLIDOS Y NOMBRE	DNI/NIE	PERÍODE DE PRESTACIÓ DE CURES PERIODO DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS	SIGNATURA FIRMA

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Signatura de la persona representat herditari i de la persona/es cuidadora/es  
Firma de la persona representante hereditario y de la persona/s cuidadora/s:

\_\_\_\_\_

La persona representant hereditària i la cuidadora AUTORITZEN expressament a la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat, de residència i econòmiques d'altres Administracions Públiques exclusivament a l'efecte de la tramitació del procediment de responsabilitat patrimonial. Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99)

La persona representante hereditaria y la cuidadora AUTORIZAN expresamente a la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, de residencia y económicos de otras Administraciones Públicas exclusivamente a los efectos de la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial. Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).