

**TRASLADO A OTRA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Ventanilla única

| DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE |                  |                 |                    |                  |      |             |
|---------------------------------|------------------|-----------------|--------------------|------------------|------|-------------|
| NOMBRE/RAZÓN SOCIAL             |                  | PRIMER APELLIDO |                    | SEGUNDO APELLIDO |      | NIF         |
|                                 |                  |                 |                    |                  |      |             |
| TIPO                            | NOMBRE DE LA VÍA |                 |                    | NUM              | BLOQ | PISO PUERTA |
|                                 |                  |                 |                    |                  |      |             |
| CÓDIGO POSTAL                   | PROVINCIA        | AYUNTAMIENTO    |                    | LOCALIDAD        |      |             |
|                                 |                  |                 |                    |                  |      |             |
| TELÉFONO                        |                  |                 | CORREO ELECTRÓNICO |                  |      |             |
|                                 |                  |                 |                    |                  |      |             |

| ADMINISTRACIÓN DE DESTINO |           |                  |                    |           |     |      |             |
|---------------------------|-----------|------------------|--------------------|-----------|-----|------|-------------|
| TIPO                      |           | NOMBRE DE LA VÍA |                    |           | NUM | BLOQ | PISO PUERTA |
|                           |           |                  |                    |           |     |      |             |
| CÓDIGO POSTAL             | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO     |                    | LOCALIDAD |     |      |             |
|                           |           |                  |                    |           |     |      |             |
| TELÉFONO                  |           |                  | CORREO ELECTRÓNICO |           |     |      |             |
|                           |           |                  |                    |           |     |      |             |

**MOTIVACIÓN (OPCIONAL):**

**Documentación que se adjunta:**

**OBSERVACIONES:**

Las personas firmantes declaran que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se adjuntan son ciertos.

El **Parlamento de Galicia** es el **responsable** de estos datos. La **finalidad** del tratamiento es la de prestar un **servicio en la Sede electrónica** de la institución, **legitimada** por la **normativa** aplicable. **Destinatarios:** se ceden los datos a la administración pública de destino. Las/los solicitantes podrán ejercer sus **derechos** previstos en la ley, mediante un formulario a través de la página Web: <http://www.parlamentodegalicia.gal/portada/protecciondatos> en la que disponen de información **adicional**.

**LEGISLACIÓN APLICABLE**  
Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (art. 16.4)

**FIRMA DE La PERSONA SOLICITANTE**

Lugar y fecha

|  |   |    |  |    |
|--|---|----|--|----|
|  | , | de |  | de |
|--|---|----|--|----|