



CONCELLO DE ZAS (A CORUÑA)

Praza do Campo, n.º 1 • 15850 Zas (A Coruña) • Teléf.: 981 708 303 • Fax: 981 751 142

ANEXO IV: AUTORIZACIÓN CESIÓN DE DATOS

Dº/Dª (nome e apelidos) _____

Con DNI _____, domicilio _____

Teléfono _____, correo electrónico _____

Actuando (marcar o que proceda) en:

Nome propio

En representación de:

Nome/Razón social _____

NIF _____

actuando en calidade de _____, para o que ostenta a capacidade necesaria,

AUTORIZA AO CONCELLO DE ZAS

A solicitar a cesión da información por medios informáticos ou telemáticos, sobre a circunstancia de estar ou non ao corrente das súas obrigacións tributarias co Estado e da Seguridade Social, de acordo co establecido na Lei orgánica 15/1999 do 13 de decembro de protección de datos de carácter persoal, Lei do imposto sobre a renda das persoas físicas e a Lei do imposto de sociedades e outras normas tributarias e da Seguridade Social e demais disposicións de aplicación, sempre que o órgano de contratación o estime oportuno.

Os presentes datos son certos e válidos en tanto non se lle comunique o contrario por escrito ao Concello

_____, ____ de _____ de 2024

SINATURA