



Oficina Municipal de Información ó Consumidor



Rúa do presidente Salvador Allende, 6-8 baixo

Telf: 981 54 23 14

Fax: 981 54 30 14

FOLLA DE RECLAMACIÓN

Nº exp.:.....

D./Dª.....,
con domicilio en....., nº.....**piso**.....**C.P.**.....,
concello de....., **provincia de**.....,
con DNI. nº..... **e teléfono nº**..... **presenta reclamación contra a empresa**
dedicada á actividade de....., **nº teléfono nº**.....
sita na R/.....**da cidade de**
..... **provincia de**.....,

OBXECTO DA RECLAMACIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Xustificantes.....

Solicitud de : **arbitraje** **sanción** **otros**

Santiago de Compostela, de de 20.....

(SINATURA)

EXCMO. SR. ALCALDE DO CONCELLO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Consonte o disposto na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, os seus datos serán tratados de xeito confidencial. Poderán ser incorporados aos ficheiros do Concello de Santiago relacionados con este trámite, coa finalidade de utilizalos para as xestións municipais derivadas dos procedementos e consultas que inicia o interesado con esta solicitude. En calquera momento poderá exercitar os dereitos de acceso, cancelación, rectificación e oposición comunicándoo mediante escrito que deberá presentar no Rexistro Xeral do Concello.