

### 1. MOTIVO DE LA SOLICITUD

A continuación, indique cuál es el motivo de esta solicitud. *(Solo es posible seleccionar una de las siguientes opciones disponibles)*

- Nueva solicitud de reconocimiento de la dependencia
- Revisión de la situación de dependencia por agravamiento. *Tenga en cuenta que:*
- *Esta opción debe marcarse si se ha solicitado un reconocimiento de la dependencia previamente, aunque el resultado haya sido "sin reconocimiento de grado".*
  - *Se solicitará revisión por agravamiento en el caso en el que tenga reconocido un grado III y pretenda acceder al grado III+*
- Revisión de la situación de dependencia por mejoría

### 2. TRAMITACIÓN DE URGENCIA

Si desea que su solicitud sea tramitada mediante el procedimiento de urgencia, deberá indicar a continuación el motivo que justifica dicha petición y aportar, **cuando proceda**, la documentación acreditativa correspondiente.

- ELA
- Otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible
- Cuidados paliativos
- Valoración por emergencia social
- Menor de 3 años o mayor de 95 años

*(En caso de diagnóstico ELA o de cumplirse los requisitos del RD 969/2025, de 28 de octubre, su solicitud será priorizada, conllevando, en su caso, el reconocimiento del Grado III+ de dependencia, sin necesidad de realizar una solicitud adicional.)*

Documentación acreditativa que, en su caso debe aportar:

- Si marca **ELA** u **otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible**, y **NO pertenece al Servicio Extremeño de Salud o es mutualista**, deberá adjuntar:
  - **ELA:** certificado médico acreditativo de diagnóstico de ELA y certificado médico acreditativo de fase avanzada para el reconocimiento del **Grado III+**.
  - **Otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible:** certificado médico acreditativo del cumplimiento de los requisitos establecidos en el **Anexo II del Real Decreto 969/2025, de 28 de octubre**.
- Si marca **otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible**, y **pertenece al Servicio Extremeños de Salud**, deberá contactar con su médico o el profesional médico responsable del seguimiento de la enfermedad, para la emisión del certificado médico acreditativo.
- Si marca **valoración por emergencia social**, se deberá adjuntar el **anexo VII Informe Social**.

### 3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

¿Dispone de NIF / NIE? *	<input type="checkbox"/> Menor de 14 años y no se dispone de NIF / NIE <input type="checkbox"/> Se dispone de NIF / NIE		
NIF / NIE* <i>(Rellenar obligatoriamente si dispone de NIF / NIE)</i>		Núm. soporte NIF / NIE* <i>(Rellenar obligatoriamente si dispone de NIF / NIE)</i>	
Nombre*			
Primer apellido*		Segundo apellido	
¿Pertenece al Servicio Extremeño de Salud? *	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pertenece a* <i>* Rellenar obligatoriamente en caso de que NO pertenezca al Servicio Extremeño de Salud</i>	<input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> ISFAS
Número de afiliación a la seguridad social* <i>* Rellenar obligatoriamente en caso de que SÍ pertenezca a la Seguridad Social</i>			

Domicilio habitual							
¿Vive usted solo/a? *	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tipo de domicilio habitual*	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Centro residencial		
Nombre vía*							
Tipo vía*		Número		KM		Bloque	
Portal		Esc.		Planta		Puerta/Buzón	
Información complementaria							
Provincia*	<input type="checkbox"/> Cáceres	<input type="checkbox"/> Badajoz	Municipio*				
Localidad <small>(si es distinta del municipio)</small>						Código postal*	
Teléfonos de contacto* <small>(Será obligatorio indicar un número de teléfono)</small>							

#### 4. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL REPRESENTANTE O GUARDADOR DE HECHO (SOLO SI PROCEDE)

Tipos de representación <small>(Solo puede seleccionar uno de los tipos de representación disponibles)</small>	<input type="checkbox"/> Representante legal (Menor, incapacitado, etc.) <input type="checkbox"/> Se ha registrado en el registro electrónico de representantes de la Junta de Extremadura <input type="checkbox"/> Posee un poder firmado para realizar este trámite en nombre del solicitante		
<i>Si actúa como guardador de hecho del solicitante, cumplimente los siguientes apartados y la correspondiente declaración responsable.</i>			
NIF / NIE*		Núm. Soporte NIF / NIE* <small>(sólo para personas físicas)</small>	
Nombre*			
Primer apellido*		Segundo apellido*	
<i>Deberá adjuntar la documentación que acredite la representación seleccionada. Si dispone de un poder notarial, no es necesario adjuntarlo, ya que la Administración podrá comprobarlo mediante los sistemas de interoperabilidad. Solo deberá indicar el CSV en el siguiente apartado.</i>			
CSV			
¿Actúa como guardador de hecho del solicitante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En el caso de que actúe como guardador de hecho declara bajo su responsabilidad:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Que acompaña y apoya a la persona representada, respetando en todo momento su voluntad, preferencias y necesidades por las razones que a continuación se expresan:  <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> </li> <li>Que, en caso de que prospere la solicitud en favor de la persona representada, <b>colaborará en su correcta aplicación y destino</b>, orientándolos a la atención y cuidado de la persona interesada.</li> <li>Que se compromete a <b>comunicar al SEPAD cualquier cambio relevante</b> que pueda afectar a la situación de apoyo que presta, así como a las circunstancias personales de la persona representada que resulten relevantes para la gestión del expediente, asumiendo las resultas que pudieran devenir por efecto de la resolución judicial sobre la declaración de incapacidad.</li> </ul>			

## 5. DATOS DE NOTIFICACIÓN

A continuación, debe **elegir cómo desea que la Administración le informe** sobre los avances de su expediente. De forma **obligatoria**, deberá seleccionar **una de las dos formas de notificación disponibles: notificación electrónica o notificación postal**.

**Notificación electrónica** (Marque obligatoriamente si está obligado a relacionarse electrónicamente con la Administración)

Correo electrónico para avisos de notificación electrónica

**Notificación postal** (Esta opción solo está disponible para personas físicas)

Dirección completa

Municipio

Provincia

Localidad  
(si es distinta del municipio)

Código postal

**Medios de comunicación** (la Administración únicamente utilizará los siguientes datos de contacto para comunicaciones puntuales y de carácter informativo)

Teléfono / Móvil

## 6. SITUACIÓN ACTUAL Y PRESTACIONES SOLICITADAS

¿El solicitante está ingresado en un centro residencial para personas mayores o con discapacidad de forma permanente? \*  Sí  No

¿El solicitante se encuentra atendido en un centro de día o centro de noche? \*  Sí  No

¿Está recibiendo el servicio de ayuda a domicilio? \*  Sí  No

¿Está recibiendo actualmente el servicio de teleasistencia? \*  Sí  No

¿Está recibiendo prestación económica de asistencia personal? \*  Sí  No

¿El solicitante está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno? \*  Sí  No

### Prestación/es solicitada/s

Expectativa de los servicios a recibir: \*

(Seleccionar obligatoriamente al menos una prestación o servicio. Se pueden marcar tantas prestaciones o servicios como se deseen. La selección estará sujeta al régimen de compatibilidades recogido en la Orden de 30 de noviembre de 2012 por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades, aplicables en la Comunidad Autónoma de Extremadura.)

### Servicios incluidos en el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de Extremadura

Prevención de las situaciones de dependencia

Teleasistencia

Promoción de la autonomía personal. Indique la modalidad:

- Atención temprana
- Habilitación funcional
- Otros

Ayuda a domicilio

Centro de día para personas con discapacidad.

Centro de día para personas mayores. Indique máximo cuatro centros:


Centro de noche para personas mayores. Indique máximo cuatro centros:


Atención residencial para personas con discapacidad.

Atención residencial para personas mayores. Indique máximo cuatro centros:


Estancias residenciales temporales en centros residenciales. Indique máximo cuatro centros:


**Prestaciones económicas incluidas en el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de Extremadura**

Cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

Vinculada al Servicio. Indique para qué servicios:

- Promoción de la autonomía personal
- Ayuda a domicilio
- Centro de día y/o de noche
- Atención residencial

Asistencia personal

**Grado III+**

- Asistencia personal
- Ayuda a domicilio

## 7. RECONOCIMIENTO DE DISCAPACIDAD EN OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

¿Tiene reconocida la discapacidad en una comunidad autónoma diferente a la C. de Extremadura? *	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>Si tiene reconocida la discapacidad en una comunidad autónoma diferente a la de Extremadura, cumplimente los siguientes bloques de información</i>		
Comunidad Autónoma de reconocimiento de discapacidad *		
Grado de discapacidad reconocido *		
¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia/concurso de tercera persona? *	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es persona perceptora de pensión contributiva de gran invalidez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

## 8. PENSIONES O PRESTACIONES EXTRANJERAS

¿Tiene pensiones o prestaciones extranjeras? *	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<b>Pensiones o prestaciones extranjeras</b> <i>* Rellenar obligatoriamente en caso de tener pensiones o prestaciones extranjeras</i>			
Concepto	Número de pagas	Importe anual	País

## 9. AUTORIZACIÓN A LA CONSULTA DE DATOS

<b>INFORME DE SALUD</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>AUTORIZO</b> a que los profesionales de los equipos de valoración del SEPAD consulten, a través del Sistema de Verificación de Datos Sanitarios del Servicio Extremeño de Salud, mis datos referentes a mi estado de salud en este procedimiento.
<input type="checkbox"/>	<b>NO AUTORIZO</b> a que los profesionales de los equipos de valoración del SEPAD consulten, a través del Sistema de Verificación de Datos Sanitarios del Servicio Extremeño de Salud, mis datos referentes a mi estado de salud en este procedimiento y <b>APORTO</b> certificado o informe actualizado sobre mi estado de salud.
<b>NIVEL DE RENTA</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>AUTORIZO</b> a que la Administración solicite y recabe de la Agencia Estatal de Administración Tributaria mis datos relativos a mi nivel de renta o ingresos declarados en este procedimiento.
<input type="checkbox"/>	<b>NO AUTORIZO</b> a que la Administración solicite y recabe de la Agencia Estatal de Administración Tributaria mis datos relativos a mi nivel de renta o ingresos declarados en este procedimiento y <b>APORTO</b> certificado de renta o copia de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al periodo impositivo vencido inmediatamente anterior a la presentación de la solicitud.
<b>CERTIFICADO GRADO III+</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>AUTORIZO</b> al Servicio Extremeño de Salud (SES) a acceder, consultar y tratar los datos personales y, en su caso, datos de salud contenidos en esta solicitud, exclusivamente con la finalidad de emitir los informes y certificados sanitarios necesarios para la tramitación del expediente.
<input type="checkbox"/>	<b>NO AUTORIZO</b> al Servicio Extremeño de Salud (SES) a acceder, consultar y tratar los datos personales y, en su caso, datos de salud contenidos en esta solicitud, exclusivamente con la finalidad de emitir los informes y certificados sanitarios necesarios para la tramitación del expediente y <b>APORTO</b> el certificado necesario para el reconocimiento del Grado III+.

## 10. OPOSICIÓN A LA CONSULTA DE DATOS

La **Consejería de Salud y Atención a la Dependencia**, podrá verificar los datos personales que las personas solicitantes manifiesten en la solicitud (disposición adicional octava de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la **Consejería de Salud y Atención a la Dependencia** podrá recabar/verificar electrónicamente los documentos/datos que a continuación se relacionan, salvo que se opongan o no lo autoricen las personas interesadas, en cuyo caso deberán aportar dichos documentos.

Si no quiere que se consulte alguno de estos datos, marque la casilla correspondiente y aporte la documentación requerida.

<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte mis datos de identidad como solicitante en este procedimiento y <b>APORTO</b> copia de mi documento nacional de identidad (DNI).
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte mis datos de identidad como guardador de hecho en este procedimiento y <b>APORTO</b> copia de mi documento nacional de identidad (DNI).
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte mis datos de identidad como nacional de otro país en este procedimiento y <b>APORTO</b> copia de mi número de identidad de extranjero (NIE) o pasaporte.
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte la existencia y vigencia de poderes notariales que acreditan mi representación en este procedimiento y <b>APORTO</b> copia auténtica o testimonio notarial del poder vigente.
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte mis datos catastrales en este procedimiento y <b>APORTO</b> documentación acreditativa en la que constan los bienes inmuebles de naturaleza urbana de los que soy propietario o usufructuario, junto con el certificado correspondiente.
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte mis datos relativos a mi número de afiliación a la Seguridad Social en este procedimiento y <b>APORTO</b> certificación emitida por la Tesorería General de la Seguridad Social en la que consta mi número de afiliación.
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte mis datos relativos a mi afiliación a MUFACE en este procedimiento y <b>APORTO</b> tarjeta de afiliación actualizada en la que consta mi número o código de afiliación, así como mis datos personales identificativos.
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte mis datos históricos de residencia y convivencia en este procedimiento y <b>APORTO</b> certificado de empadronamiento colectivo.
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte mis datos relativos al grado de discapacidad reconocido en este procedimiento y <b>APORTO</b> copia de la resolución o certificado oficial de reconocimiento del grado de discapacidad.
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte mis datos relativos a las Prestaciones Sociales Públicas (RPSP), incapacidad temporal y prestación por nacimiento y cuidado de menor en este procedimiento y <b>APORTO</b> documentación acreditativa de dichas prestaciones.
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte mis datos relativos al Impuesto sobre el Patrimonio en este procedimiento y <b>APORTO</b> copia de la declaración presentada o certificado acreditativo correspondiente.
<input type="checkbox"/>	<b>ME OPONGO</b> a que la Administración consulte los datos relativos al fallecimiento de la persona titular a través del Registro Civil u otras Administraciones públicas, comprometiéndome a aportar el certificado literal de defunción cuando proceda.

## 11. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA CON LA SOLICITUD

La persona solicitante deberá aportar, en su caso, la siguiente documentación:

- **Anexo VI con los datos identificativos de la unidad de convivencia, en caso de que esté compuesta por dos personas o más.**
- **Documentación que acredite la tramitación de urgencia (en caso de que aplique):**
  - Para la justificación de la tramitación urgente por enfermedad **ELA u otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible**, se deberá adjuntar documento acreditativo de dicha condición médica, **siempre que NO pertenezca al Servicio Extremeño de Salud.**
  - **Si pertenece al Servicio Extremeño de Salud**, y ha solicitado la tramitación de urgencia por **otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible**, **NO deberá aportar documentación adicional**, pero deberá contactar con su médico o el profesional médico responsable del seguimiento de la enfermedad, para la emisión del certificado médico acreditativo.
  - Para la justificación de la tramitación urgente por **valoración por emergencia social**, se deberá adjuntar el **Anexo VII Informe Social.**
- **Documentación que acredite la identificación del solicitante como emigrante retornado**
  - Copia del Certificado de Emigrante Retornado (CER).

- **Documentación que acredite la afiliación a un régimen especial de Seguridad Social (MUGEJU o ISFAS):**
  - Tarjeta de afiliación a MUGEJU
  - Tarjeta de afiliación a ISFAS

En caso de **no autorización u oposición a las consultas de interoperabilidad** señaladas en el apartado correspondiente de la presente solicitud, **deberá aportarse la documentación correspondiente** a la que se haya opuesto, junto con el resto de los documentos que procedan, y en concreto:

- **Certificado de renta o copia de la declaración del IRPF** correspondiente al periodo impositivo vencido, inmediatamente anterior a la presentación de la solicitud.
- Copia del **Documento Nacional de Identidad (DNI)**, en el caso de ciudadanos españoles.
- Copia del **Documento de Identificación de Extranjero (NIE)** o del **pasaporte**, en el caso de personas extranjeras.
- Copia del **Certificado de Emigrante Retornado (CER)**, en el caso de personas emigrantes retornadas.
- **Copia auténtica o testimonio notarial del poder vigente** que acredite la representación legal o voluntaria, en el caso de oponerse a la consulta de poderes notariales.
- **Certificación catastral descriptiva y gráfica** actualizada de los bienes inmuebles de los que es propietario o usufructuario.
- **Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS)** en la que conste el número de afiliación.
- **Certificado de empadronamiento histórico y colectivo** emitido por el ayuntamiento correspondiente.
- **Resolución o certificado oficial de reconocimiento del grado de discapacidad**, emitido por el órgano competente.
- **Tarjeta de afiliación a MUFACE.**
- **Documento acreditativo de las Prestaciones Sociales Públicas (RPSP)** e Incapacidad Temporal, Prestación por nacimiento y cuidado de menor que se perciben.

## 12. DOCUMENTACIÓN QUE NO SE ACOMPAÑA POR HABERSE APORTADO YA A LA ADMINISTRACIÓN

De conformidad con lo establecido en el párrafo d) del artículo 53.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el interesado tiene derecho a no presentar los documentos que ya se encuentren en poder de las administraciones públicas, siempre que se haga constar la fecha y órgano o dependencia en que fueron presentados o, en su caso emitidos, y cuando no hayan transcurrido más de cinco años desde la finalización del procedimiento al que correspondan.

En este sentido, se hace constar la presentación de la siguiente documentación en el lugar y momento que se indican:

Documento	Órgano gestor	N.º de expediente	Fecha de registro

## 13. DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona abajo firmante **DECLARA** responsablemente que la persona solicitante cumple alguno de los siguientes requisitos de admisión:

- a) Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. (La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud, así como en la documentación que se acompaña, podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente).
- b) Que queda enterado/a de la obligación de comunicar al SEPAD cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.
- c) Que asume el compromiso de facilitar el acceso al lugar de residencia habitual para el desarrollo de las tareas de elaboración del programa individual de atención, así como para facilitar el seguimiento y control de las prestaciones por parte de la Administración competente.

- d) Ha residido legalmente en España durante cinco años y, de estos cinco años, dos han sido inmediatamente anteriores a la solicitud.
- e) Si la persona solicitante es menor de cinco años: el padre/madre del solicitante menor de cinco años ha residido legalmente en España durante cinco años y, de estos cinco años, dos han sido inmediatamente anteriores a la solicitud.
- f) Es emigrante español retornado y posee el "Certificado de Emigrante Retornado CER".

#### 14. FIRMA

Fecha\*

Firma\*

*Firmese por la persona solicitante, o por la persona representante u guardador de hecho si la hubiere.*

**Consejería de Salud y Atención a la Dependencia**

Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)

Unidad de Acceso y Valoración de la Dependencia

Código identificación DIR3: A11030373

**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

<p><b>RESPONSABLE del Tratamiento</b></p>	<p>Persona Titular de la Consejería de Salud y Atención a la Dependencia. Av. De las Américas número, 2, CP 06800, Mérida (Badajoz).</p> <p>Teléfonos: 924003801.</p> <p>Correo electrónico: dirgerencia.sepad@salud-juntaex.es</p> <p>Delegado de Protección de Datos: <a href="mailto:dpd@juntaex.es">dpd@juntaex.es</a></p>
<p><b>FINALIDAD del Tratamiento</b></p>	<p>Gestionar y tramitar el reconocimiento de la situación de dependencia y comprobar y verificar los requisitos de los beneficiarios.</p>
<p><b>LEGITIMACIÓN del Tratamiento</b></p>	<p>La legitimación para el tratamiento reside en el cumplimiento de una obligación legal del Responsable del Tratamiento (art. 6.1 c) del RGPD).</p> <p>La Base Jurídica de la finalidad del tratamiento se encuentra en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Aplicación de lo dispuesto en el art. 37 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, desarrollado por la Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia al Ministerio competente en materia de Ley de Dependencia para los fines descritos en la normativa citada.</p>
<p><b>PLAZO DE CONSERVACIÓN de los datos</b></p>	<p>Los datos económicos de esta actividad de tratamiento se conservarán al amparo de lo dispuesto en la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria.</p> <p>La información será conservada de forma indefinida hasta el cese de la relación del interesado con la Administración y se conservarán con fines de investigación histórica o fines estadísticos de acuerdo con la normativa vigente.</p> <p>Finalizado el expediente y los plazos legalmente previstos en la normativa aplicable, los datos serán trasladados al Archivo Histórico de acuerdo con la normativa vigente.</p>
<p><b>DESTINATARIOS de cesiones o transferencias</b></p>	<p>Convenio de Interoperabilidad (IMSERO SISAAD).</p> <p>Asimismo, los datos podrán ser transferidos a otros organismos u órganos de la Administración Pública sin precisar el previo consentimiento del interesado, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una Ley, que determine las cesiones que procedan como consecuencia del cumplimiento de la obligación legal.</p> <p>Para aquellos procedimientos tramitados en TRAMITA de Junta de Extremadura, los datos recopilados que puedan servir para la realización de comunicaciones a los interesados estarán disponibles conforme a lo regulado en la Ley 8/2019, de 5 de abril, para una Administración más Ágil en la C.A. de Extremadura, mediante su cesión a la Base de Datos Administrados, cuyo Responsable de Tratamiento es la persona Titular de la Consejería competente sobre la citada aplicación-Consejería de Economía, Empleo y Transformación Digital-.</p> <p>Existencia de Encargado de Tratamiento.</p> <p>No están previstas transferencias internacionales de datos ni otras cesiones de datos.</p> <p>Sin embargo, lo anterior, los datos podrán cederse a otros organismos u órganos de la Administración Pública, sin precisar el previo consentimiento del interesado, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una Ley.</p>
<p><b>DERECHOS de las personas interesadas</b></p>	<p>A obtener confirmación sobre la existencia de un tratamiento de sus datos.</p> <p>A acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de los datos que sean inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, cuando entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos o el interesado retire el consentimiento otorgado.</p> <p>En determinados supuestos en que el tratamiento no esté legitimado en el interés público o ejercicio de poderes públicos, el interesado podrá ejercitar su derecho a la portabilidad de los datos que se traten de</p>

	<p>forma automatizada y que hayan sido proporcionados por él mismo, con su consentimiento o en el cumplimiento de un contrato.</p> <p>Así mismo, en determinadas circunstancias el interesado podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso sólo los conservaremos de acuerdo con la normativa vigente.</p> <p>También en determinadas circunstancias, pero exclusivamente por motivos derivados de su situación particular, el interesado podrá oponerse al tratamiento de sus datos.</p> <p>El interesado tiene derecho a revocar, en cualquier momento, el consentimiento (si fuera este la legitimación para el tratamiento) para cualquiera de los tratamientos para los que lo haya otorgado.</p> <p>Estos derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, podrán ejercerse conforme a la <a href="#">Guía Informativa y Modelos disponibles al efecto en el Portal de Juntaex de la Junta de Extremadura</a>.</p> <p>Sin perjuicio de cualquier otro recurso administrativo o acción judicial, todo interesado tendrá derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (<a href="https://www.aepd.es/es">https://www.aepd.es/es</a>).</p>
<p><b>PROCEDENCIA</b> de los datos</p>	<p>Se obtienen directamente del interesado o de su representante legal, y de otras Administraciones, electrónicamente, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos y otros sistemas electrónicos habilitados.</p> <p>Las categorías de datos que se tratan son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos y/o códigos de identificación y autenticación.</li> <li>• Datos de salud y/o discapacidad.</li> <li>• Datos de características personales.</li> <li>• Datos económicos, financieros y de seguros.</li> <li>• Datos de expedientes judiciales o administrativos.</li> </ul> <p>Si tratan datos especialmente protegidos.</p>