

Instancia General

DIR3 ***2812** SIA **76**

Datos del interesado

Tipo de persona N° de identificación Razón Social

Jurídica	***0316**	L. S. G. S.L.
----------	-----------	---------------

Datos del representante

Tipo de persona N° de identificación Nombre Primer apellido Segundo apellido

Física	**8482**	J.	T.	F.
--------	----------	----	----	----

Poder de representación que ostenta

Poseo un mandato firmado por el Interesado que me habilita a realizar este trámite en su nombre

Datos a efectos de notificaciones

Medio de notificación Email Móvil

Electrónica		
-------------	--	--

Expone

En contestación al requerimiento de este Eximo. Ayuntamiento, de fecha 19/12/2024, referente al EXPEDIENTE N.º ***/2021-** (**521/20**) de Declaración responsable para cafetería con elaboración y venta de pan, bollería y pastelería, de un local sito en calle B., N.º. **, se aportan contrato de seguro en vigor y justificantes de pago de la póliza del año 2024. Asimismo, se aporta justificación de cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias en establecimientos donde se elaboran o venden alimentos.

Solicita

Se solicita tomar vista del Expediente de la licencia de actividad anteriormente ejercida en el local, al objeto de poder acreditar el "estado actual" del local, así como aportar licencia o título que ampare la modificación anterior del mismo.

En cuanto a la documentación firmada por técnico competente y visada por colegio profesional, acreditando la

habilitación del técnico autor del proyecto, se solicita para ello un plazo adicional supeditado a la toma de vista del expediente

Documentación Obligatoria

 Mandato de representación	Obligatorio
Forma de Aportación	
Decido aportarlo yo mismo	
Aportado	PoderRepresentacion_LIC_firmado
HASH: Validez: Original	

Documentación adicional

(*) En virtud del artículo 28.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, los interesados podrán aportar cualquier otro documento que estimen conveniente

Aportado DUP. POLIZA 4C-G-***0009**

HASH: Validez: Original

Aportado PAGO SEGURO B. **_feb_2024

HASH: Validez: Original

Aportado PAGO SEGURO B. 30_mayo_2024

HASH: Validez: Original

Aportado PAGO SEGURO B. 30_agos_2024 HASH: .

Validez: Original

Aportado PAGO SEGURO B. 30_nov_2024

HASH: Validez: Original

Aportado ANEXO_Sanitario_LeonTheBaker_LasRozas_signed

HASH: Validez: Original

Deber de Informar a los Interesados sobre Protección de Datos

Información básica sobre protección de datos

Responsable	A. d. L. R. d. M.
Finalidad	Tramitar procedimientos y actuaciones administrativas.
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos otorgados a esta Entidad.
Destinatarios	Se cederán datos, en su caso, a otras Administraciones Públicas y a los Encargados del Tratamiento de los Datos. No hay previsión de transferencias a terceros países.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección https://sede.lasrozas.es/privacy

Firma

Fecha y hora de autenticación	14/01/2025 23:00
Apellidos, Nombre	T. F., J.
Nº de identificación	***8482**
Proveedor de identidad	Cl@ve - Gobierno de España
Sistema de identidad	Certificado cualificado de firma
Tipo de certificado	Persona física
Nivel de seguridad	Medio
IP	
Id sesión	

☒ Declaro que es cierto el contenido de este documento y confirmo mi voluntad de firmarlo