

MOD-1. SOL·LICITUD DE CONCERT SOCIAL

DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

Nom de l'Entitat	CIF	Núm. SS
Domicili social	CP	Població
Nom i llinatges representant legal	NIF	Tel.
Correu electrònic representant legal	Correu electrònic entitat	

SERVEI I TIPUS DE DISCAPACITAT PER AL QUAL SOL·LICITA EL CONCERT SOCIAL

(Un servei i tipus de discapacitat per sol·licitud)

Tipus de servei

Servei d'atenció integral i promoció de l'autonomia
Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional
Servei d'habilitació i teràpia ocupacional
Servei de centre de dia
Servei ocupacional
Servei de residència
Servei d'habitatge supervisat
Servei de suport a l'habitatge
Servei de funció tutelar

Tipus discapacitat principal

Auditiva
Física
Discapacitat física per trastorn immunològic
Intel·lectual i/o del desenvolupament

NOMBRE DE PLACES

NÚMERO TOTAL DE PLACES SOL·LICITADES al present concert
PLACES CONCERTADES AMB ANTERIORITAT (CONCERTADES en els 30 dies previs a la present convocatòria)
PLACES ATESES PER URGÈNCIA
PLACES AUTORITZADES ALS CENTRES AUTORITZATS PER A PRESTAR EL SERVEI

OBSERVACIONS:

- Per al servei complementari de transport social, les places es sol·licitaran a petició de l'IMAS.
- Per a la modalitat d'alta intensitat, les places es sol·licitaran a petició de l'IMAS i es realitzarà una valoració d'acord amb els criteris establerts als plecs de concertació i al procediment d'accés i gestió de la llista d'espera.
- Per al complement per necessitats extraordinàries de suport conductual o mèdic, les places es sol·licitaran a petició de l'IMAS i es realitzarà una valoració d'acord amb els criteris establerts als plecs de concertació i al procediment d'accés i gestió de la llista d'espera, així com d'acord amb la disponibilitat pressupostària.

DOCUMENTACIÓ OBRANT A UN ALTRE EXPEDIENT

DOCUMENT	EXPEDIENT	ÒRGAN GESTOR

L'entitat sol·licitant, mitjançant la presentació d'aquesta sol·licitud i exclusivament en el cas que resulti adjudicatària de les places sol·licitades en el marc d'aquesta convocatòria i que, a més, tingui subscrit un concert previ en vigor amb l'IMAS per les mateixes places, serveis i tipus de discapacitat, RENUNCIA expressament a l'anterior concert amb efectes des de la data d'inici de la nova concertació objecte d'aquesta convocatòria, la qual cosa es comunica a l'IMAS als efectes oportuns.

Per tot el qual, SOL·LICIT la concertació del servei pel nombre de places totals indicades i una vigència màxima de 12 mesos.

Palma, a de de 2021
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

D'acord amb el previst a la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la persona interessada dóna el seu consentiment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) perquè tracti les dades facilitades en el marc d'aquesta sol·licitud amb la finalitat de la tramitació i gestió d'aquesta convocatòria de concertació així com, si escau, el seguiment posterior de la seva concessió. L'exercici dels drets previstos a la normativa de protecció de dades de caràcter personal es podran realitzar davant el Registre general de l'IMAS, carrer General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT I INNOVACIÓ SOCIAL

MOD-2. DECLARACIÓ RESPONSABLE DE SOLVÈNCIA TÈCNICA I EXPERIÈNCIA PER CONCERTAR

DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

Nom de l'Entitat	CIF	Núm. Serv.Soc.
Domicili social	CP	Població
Nom i llinatges representant legal	NIF	Tel.
Correu electrònic representant legal	Correu electrònic entitat	

SERVEI I TIPUS DE DISCAPACITAT PER AL QUAL SOL·LICITA EL CONCERT SOCIAL

(Un servei i tipus de discapacitat per sol·licitud)

Tipus de servei

Servei d'atenció integral i promoció de l'autonomia
Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional
Servei d'habilitació i teràpia ocupacional
Servei de centre de dia
Servei ocupacional
Servei de residència
Servei d'habitatge supervisat
Servei de suport a l'habitatge
Servei de funció tutelar

Tipus discapacitat principal

Auditiva
Física
Discapacitat física per trastorn immunològic
Intel·lectual i/o del desenvolupament

El Sr./Sra.

, com representant legal de l'entitat

DECLARA, sota la seva responsabilitat:

1. Que el servei ha sol·licitat l'acreditació, i que es presenta una declaració responsable de compliment dels requisits d'acreditació establerts al Reglament del Consell de Mallorca pel qual es regula el funcionament dels serveis socials per a persones amb discapacitat inclosos en la cartera insular de serveis socials i s'estableixen els requisits d'autorització i acreditació (BOIB Núm. 21, de 15 de febrer de 2018).
2. Que l'entitat a concertar té més d'un any d'experiència en la prestació del servei i perfil de persones usuàries objecte d'aquest concert, posant a disposició de l'IMAS tota la documentació que sigui requerida a l'entitat a efectes de comprovació (documents de facturació del servei, de contractació del personal o altres documents justificatius).
3. Que el servei a concertar compleix la resta dels requisits establerts a la convocatòria.

Palma, a de de 2021
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

D'acord amb el previst a la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la persona interessada dona el seu consentiment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) perquè tracti les dades facilitades en el marc d'aquesta sol·licitud amb la finalitat de la tramitació i gestió d'aquesta convocatòria de concertació així com, si escau, el seguiment posterior de la seva concessió. L'exercici dels drets previstos a la normativa de protecció de dades de caràcter personal es podran realitzar davant el Registre general de l'IMAS, carrer General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT I INNOVACIÓ SOCIAL

MOD-3. DECLARACIÓ DE SOLVÈNCIA FINANCERA PER CONCERTAR

DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

Nom de l'Entitat	CIF	Núm. SS
Domicili social	CP	Població
Nom i llinatges representant legal	NIF	Tel.
Correu electrònic representant legal	Correu electrònic entitat	

SERVEI I TIPUS DE DISCAPACITAT PER AL QUAL SOL·LICITA EL CONCERT SOCIAL

(Un servei i tipus de discapacitat per sol·licitud)

Tipus de servei

Servei d'atenció integral i promoció de l'autonomia
Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional
Servei d'habilitació i teràpia ocupacional
Servei de centre de dia
Servei ocupacional
Servei de residència
Servei d'habitatge supervisat
Servei de suport a l'habitatge
Servei de funció tutelar

Tipus discapacitat principal

Auditiva
Física
Discapacitat física per trastorn immunològic
Intel·lectual i/o del desenvolupament
Psíquica per trastorn mental

El Sr./Sra.

, com representant legal de l'entitat

DECLARA, sota la seva responsabilitat que acredita la solvència econòmica i financera amb un dels mitjans següents:

Darrers comptes anuals presentats en el Registre Mercantil o en el registre oficial que correspongui, que acredita que els fons propis de l'entitat o empresa són de 100.000 € o més al darrer exercici tancat.

Declaració sobre el volum global de negocis en l'àmbit d'activitats corresponent a l'objecte i prestacions del servei a concertar d'acord amb els plecs de concertació, respecte al darrer exercici disponible.

Justificant de l'existència d'una pòlissa d'assegurances de responsabilitat civil que cobreixi la indemnització per riscos (professionals, d'atenció a les persones o d'altres), per un import igual o superior a l'exigit als plecs de concertació. Aquest justificant s'acredita mitjançant a) un certificat expedit per l'assegurador en el que constin els imports i riscos assegurats i la data de venciment de l'assegurança, i b) un document de compromís vinculant de subscripció, pròrroga o renovació, en els casos que escaigui, per garantir la cobertura en tota la durada del concert.

Palma, a de de 2021
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

D'acord amb el previst a la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la persona interessada dona el seu consentiment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) perquè tracti les dades facilitades en el marc d'aquesta sol·licitud amb la finalitat de la tramitació i gestió d'aquesta convocatòria de concertació així com, si escau, el seguiment posterior de la seva concessió. L'exercici dels drets previstos a la normativa de protecció de dades de caràcter personal es podran realitzar davant el Registre general de l'IMAS, carrer General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT I INNOVACIÓ SOCIAL

MOD-4. DECLARACIÓ RESPONSABLE DE NO INCÓRRER EN PROHIBICIONS PER CONCERTAR

DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

Nom de l'Entitat	CIF	Núm. SS
Domicili social	CP	Població
Nom i llinatges representant legal	NIF	Tel.
Correu electrònic representant legal	Correu electrònic entitat	

El Sr./Sra. _____, com representant legal de l'entitat

DECLARA, sota la seva responsabilitat:

1. Que l'entitat no està inclosa en cap dels supòsits de prohibició per ser beneficiària de subvencions que estableix l'article 8 de l'Ordenança general de subvencions del Consell de Mallorca (BOIB núm. 21, de 18 de febrer de 2017).
2. Que l'entitat no està sotmesa a les prohibicions de contractar amb l'Administració, d'acord amb l'article 71 de la Llei 9/2017, de 8 de novembre, de contractes del sector públic, ni a cap dels supòsits prevists a l'article 13 de la Llei 38/2003, de 17 de novembre, general de subvencions, o a la Llei 58/2003, de 17 de desembre, general tributària.
3. Que l'entitat no incorre en cap de les prohibicions que estableix l'article 11 de la Llei 11/2016, de 28 de juliol, d'igualtat de dones i homes.
4. Que l'entitat no ha estat sancionada durant els darrers 4 anys mitjançant resolució ferma per la comissió d'infraccions greus o molt greus en matèria de relacions laborals, ocupació, seguretat social, emigració, moviments migratoris i ocupació d'estrangers.

Palma, a _____ de _____ de 2021
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

D'acord amb el previst a la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la persona interessada dona el seu consentiment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) perquè tracti les dades facilitades en el marc d'aquesta sol·licitud amb la finalitat de la tramitació i gestió d'aquesta convocatòria de concertació així com, si escau, el seguiment posterior de la seva concessió. L'exercici dels drets previstos a la normativa de protecció de dades de caràcter personal es podran realitzar davant el Registre general de l'IMAS, carrer General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT INNOVACIÓ SOCIAL

MOD-5. CONSENTIMENT INFORMAT PER CONSULTAR INFORMACIÓ D'ALTRES ADMINISTRACIONS ALS EFECTES DE CONCERTACIÓ SOCIAL

DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

Raó social de l'entitat	CIF
Nom i llinatges representant legal	NIF

L'article 95.1 k) de la Llei 58/2003, general tributària permet, prèvia autorització de la persona interessada, la cessió de les dades tributàries que precisin les Administracions Públiques per al desenvolupament de les seves funcions.

De conformitat amb l'Article 28.2 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques, els interessats no estan obligats a aportar les dades o documents que puguin ser consultats mitjançant les plataformes d'intermediació de dades o altres sistemes electrònics.

Aquest consentiment s'entén atorgat per l'interessat sempre i quan no manifesti la seva oposició expressa o que la llei especial aplicable requereixi un consentiment exprés.

SERVEI I TIPUS DE DISCAPACITAT PER AL QUAL SOL·LICITA EL CONCERT SOCIAL

(Un servei i tipus de discapacitat per sol·licitud)

Tipus de servei

Servei d'atenció integral i promoció de l'autonomia

Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional

Servei d'habilitació i teràpia ocupacional

Servei de centre de dia

Servei ocupacional

Servei de residència

Servei d'habitatge supervisat

Servei de suport a l'habitatge

Servei de funció tutelar

Tipus discapacitat principal

Auditiva

Física

Discapacitat física per trastorn immunològic

Intel·lectual i/o del desenvolupament

Psíquica per trastorn mental

El Sr./Sra. _____ com

AUTORITZA l'Institut Mallorquí d'Afers Socials amb CIF: Q0700448D, a consultar de forma telemàtica les dades de l'entitat a altres administracions públiques, i al tractament i conservació de la resposta rebuda dels serveis d'intermediació:

AUTORITZ	CONSULTAR LES DADES PER A LA COMPROVACIÓ D'ESTAR AL CORRENT DE LES
NO AUTORITZ	OBLIGACIONS TRIBUTÀRIES

AUTORITZ	CONSULTAR LES DADES PER A LA COMPROVACIÓ D'ESTAR AL CORRENT EN LES OBLIGACIONS DE LA
NO AUTORITZ	SEGURETAT SOCIAL (servei de consulta Q2827003ATGSS001 de la TGSS)

En el cas de no autoritzar alguna d'aquestes consultes, heu d'aportar amb la periodicitat que l'IMAS requereixi la

documentació oficial original i/o còpia per a que consti a l'expedient administratiu.

En qualsevol moment podeu formular l'oposició a la consulta telemàtica de les dades autoritzades.
Aquesta **oposició s'ha de manifestar per escrit**.

Palma, a de de 2021
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

D'acord amb el previst a la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la persona interessada dóna el seu consentiment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) perquè tracti les dades facilitades en el marc d'aquesta sol·licitud amb la finalitat de la tramitació i gestió d'aquesta convocatòria de concertació així com, si escau, el seguiment posterior de la seva concessió. L'exercici dels drets previstos a la normativa de protecció de dades de caràcter personal es podran realitzar davant el Registre general de l'IMAS, carrer General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT I INNOVACIÓ SOCIAL

MOD-6. DECLARACIÓ PLACES OCUPADES AMB ANTERIORITAT AL SERVEI OCUPACIONAL

DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

Raó social de l'entitat	CIF
Nom i llinatges representant legal	NIF

Relació de places i persones al servei indicat (una declaració per cada servei a concertar)

El Sr./Sra. _____, com representant legal de l'entitat

DECLARA, sota la seva responsabilitat:

1. Que el servei té _____ places autoritzades, _____ places concertades i _____ places ocupades per procediment d'urgència social.
2. Que el servei ha atès al darrer mes a _____ persones, tal com consta a la factura presentada a l'IMAS.

Que del total de persones ateses, _____ persones tenen una ocupació al 100% de la plaça;
persones tenen una ocupació a 2/3 i _____ persones tenen una ocupació a 1/3.

D'aquestes, _____ persones utilitzen transport ocupacional; i _____ acompanyament transport. A més, de les persones usuàries de transport ocupacional, a _____ persones les correspon complement per transport rural i a _____ complement per transport adaptat (només indicar mobilitat reduïda).

Palma, a _____ de _____ de 2021
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

D'acord amb el previst a la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la persona interessada dona el seu consentiment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) perquè tracti les dades facilitades en el marc d'aquesta sol·licitud amb la finalitat de la tramitació i gestió d'aquesta convocatòria de concertació així com, si escau, el seguiment posterior de la seva concessió. L'exercici dels drets previstos a la normativa de protecció de dades de caràcter personal es podran realitzar davant el Registre general de l'IMAS, carrer General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT I INNOVACIÓ SOCIAL

MOD-9. SOL·LICITUD SERVEI DE TRANSPORT SOCIAL

El Sr./Sra. _____, com representant legal de l'entitat _____ DECLARA, sota la seva responsabilitat que les persones que a continuació es detallen:

- a) Són usuàries del servei ocupacional i no són usuàries de cap tipus de servei residencial a la mateixa ubicació del servei ocupacional.
- b) L'assignació d'aquestes places de transport es durà a terme aplicant com a criteri de preferència l'antiguitat de les persones al servei ocupacional.
- c) Que la relació d'aquestes persones per a les que se sol·licita transport és la següent:

Tipus de transport:

TOCUP: transport del servei ocupacional

TA: transport adaptat

TR: transport rural

AT: acompanyament en el transport regular

	Linatges, nom	DNI	Data d'inici en el servei ocupacional	TOCUP	TA	TR	AT
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							

36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							

Eliminar files o afegir-les en el cas de ser necessari

TOTAL DE PERSONES USUÀRIES DEL TRANSPORT

TCD	TA	TR	AT

Palma, a de de 2021
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

D'acord amb el previst a la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la persona interessada dóna el seu consentiment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) perquè tracti les dades facilitades en el marc d'aquesta sol·licitud amb la finalitat de la tramitació i gestió d'aquesta convocatòria de concertació així com, si escau, el seguiment posterior de la seva concessió. L'exercici dels drets previstos a la normativa de protecció de dades de caràcter personal es podran realitzar davant el Registre general de l'IMAS, carrer General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT I INNOVACIÓ SOCIAL

MOD-10. SOL·LICITUD SUPORT EXCEPCIONAL

El Sr./Sra. _____, com representant legal de l'entitat
DECLARA, sota la seva responsabilitat que les persones que a continuació es detallen:

- a) Són usuàries del servei ocupacional i presenten sol·licitud individual de suport excepcional.
- b) Han estat valorades d'acord al procediment d'accés i gestió de la llista d'espera de l'IMAS, que inclou un full de sol·licitud individual.
- c) L'assignació d'aquests suports queda supeditada a la valoració realitzada per l'IMAS.
- d) Una vegada aplicats aquests criteris i, en cas d'empat, es tindrà en compte, com a criteri de preferència, l'ordre d'entrada de les sol·licituds al registre de l'IMAS, segons rigorós ordre de número d'entrada, fins a exhaurir el total del crèdit disponible.
- e) Que la relació d'aquestes persones per a les que se sol·licita suport excepcional és la següent:

Tipus de suport excepcional:

COND: Conductual

MED: Mèdic

Persona usuària

	Llinatges i nom	DNI	COND	MED
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

(en cas de ser un nombre superior de persones, afegir més files a aquesta relació.)

Palma, a de de 2021
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

D'acord amb el previst a la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la persona interessada dóna el seu consentiment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) perquè tracti les dades facilitades en el marc d'aquesta sol·licitud amb la finalitat de la tramitació i gestió d'aquesta convocatòria de concertació així com, si escau, el seguiment posterior de la seva concessió. L'exercici dels drets previstos a la normativa de protecció de dades de caràcter personal es podran realitzar davant el Registre general de l'IMAS, carrer General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT I INNOVACIÓ SOCIAL

MOD.- 11.

DECLARACIÓ RESPONSABLE DE COMPLIMENT DELS REQUISITS D'ACREDITACIÓ DEL SERVEI PER A FORMAR PART DE LA XARXA PÚBLICA DE SERVEIS SOCIALS A LES PERSONES AMB DISCAPACITAT DE MALLORCA DE L'INSTITUT MALLORQUÍ D'AFERS SOCIALS I OPTAR A LA CONCERTACIÓ SOCIAL.

Entitat

Nom de l'Entitat	CIF	Núm. reg. Serveis Socials
Domicili social	CP	Població
Correu electrònic	Tel.	Fax

Representant legal de l'entitat

Nom i llinatges	NIF	
Domicili	CP	Població
Correu electrònic	Tel.	Fax

Domicili a efectes de notificacions



Domicili de l'entitat



Domicili representant legal

Servei objecte de la declaració responsable



Servei ocupacional per a persones amb discapacitat intel·lectual i/o del desenvolupament

Centres autoritzats per prestar el servei

Nom centre 1:	Núm. exp. Autorització	Data autorització
Domicili	CP	Telèfon
Nom centre 2:	Núm. exp. autorització	Data autorització
Domicili	CP	Telèfon
Nom centre 3:	Núm. exp. autorització	Data autorització
Domicili	CP	Telèfon
Nom centre 4:	Núm. exp. autorització	Data autorització
Domicili	CP	Telèfon
Nom centre 5:	Núm. exp. autorització	Data autorització
Domicili	CP	Telèfon
Nom centre 6:	Núm. exp. autorització	Data autorització
Domicili	CP	Telèfon
Nom centre 7:	Núm. exp. autorització	Data autorització
Domicili	CP	Telèfon
Nom centre 8:	Núm. exp. autorització	Data autorització
Domicili	CP	Telèfon
Nom centre 9:	Núm. exp. autorització	Data autorització
Domicili	CP	Telèfon
Nom centre 10:	Núm. exp. autorització	Data autorització
Domicili	CP	Telèfon

Declaració responsable

El Sr./La Sra. _____, com representant legal
de l'entitat _____, DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT

1. Que les dades contingudes en aquest document son certes.
2. Que el servei de l'entitat que represento compleix amb els requisits d'acreditació establerts als articles 75, 76, 77, 78 i 79 relatius a l'acreditació, així com la resta d'articles del Títol IV (Acreditació), tant a la data d'aquesta declaració responsable com durant tota la seva vigència durant el termini màxim de 12 mesos.
3. Que des de qualsevol dels centres que formen part del servei es posen a disposició de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials tots els documents i mitjans necessaris per evidenciar els compliment dels requisits d'acreditació, així com del procés d'adaptació als nous requisits d'autorització i de, si correspon, els requisits establerts als plecs de concertació.

Palma, a _____ de _____ de 2021

(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

D'acord amb el previst a la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la persona interessada dóna el seu consentiment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) perquè tracti les dades facilitades en el marc d'aquesta sol·licitud amb la finalitat de la tramitació i gestió d'aquesta convocatòria de concertació així com, si escau, el seguiment posterior de la seva concessió. L'exercici dels drets previstos a la normativa de protecció de dades de caràcter personal es podran realitzar davant el Registre general de l'IMAS, carrer General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT I INNOVACIÓ SOCIAL