



|        |                                   |
|--------|-----------------------------------|
| N.I.F. | Apellidos y Nombre o Razón social |
|--------|-----------------------------------|

### Solicita:

Por todo lo anteriormente expuesto SOLICITO que, teniendo por presentado en tiempo y forma este escrito y los documentos que se acompañan, se admita como RECURSO DE REPOSICIÓN contra el indicado acto administrativo y resuelva:

### Solicitud de suspensión:

Para el caso de que se hubiese solicitado la SUSPENSIÓN DE LA EJECUCIÓN del acto administrativo que se impugna, se ofrece la siguiente GARANTÍA:

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Depósito de dinero en efectivo o en valores públicos en la Caja General de Depósitos.                       | <input type="checkbox"/> |
| Aval o Fianza solidario prestado por Banco, Caja de Ahorros, Cooperativa de Crédito o Sociedad de Garantía. | <input type="checkbox"/> |
| Fianza personal y solidaria.  | <input type="checkbox"/> |
| Seguro de caución   | <input type="checkbox"/> |
| Importe garantizado   |                          |

### Extensión de la suspensión:

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Sólo recurso de reposición.  | <input type="checkbox"/> |
| Recurso de reposición y Recurso Contencioso-Administrativo.                                | <input type="checkbox"/> |
| Recurso de Reposición y Reclamación Económico-Administrativa.                              | <input type="checkbox"/> |
| Recursos de Reposición, Contencioso-Administrativo y Reclamación Económico-Administrativa. | <input type="checkbox"/> |

### Documentación aportada y observaciones:

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 1.- Copia del N.I.F. y, en su caso, del representante y del documento que acredite la representación. | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> |

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: El interesado / Representante

Solicito la suscripción a las notificaciones electrónicas en el email identificado: **SÍ**  **NO**

• El recurso deberá presentarse en la Sede Electrónica del O.A.G.T.R. (<https://ovt.oarcuenca.es>), en el registro del O.A.G.T.R. o por correo postal. Teléfono de contacto: 969240293.

SR. PRESIDENTE DEL O.A.G.T.R.

Doy mi consentimiento libre e informado a que la Administración consulte u obtenga aquellos documentos elaborados por cualquier Administración cuya aportación sea preceptiva en este procedimiento, de conformidad con lo dispuesto en su normativa y el Reglamento General de Protección de Datos (UE-2016/679, de 27 de abril).

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en el Reglamento UE 2016/679, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento y sus anexos serán incorporados, para su tratamiento, en un fichero cuyo responsable es el Organismo Autónomo de Gestión Tributaria y Recaudación de Cuenca (OAGTR), con domicilio en calle Las Torres nº 34, código postal 16001 en Cuenca, ante quien podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición o limitación al tratamiento en relación con sus datos personales. Se le informa asimismo que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad exclusiva su aplicación a las materias de gestión, recaudación e inspección tributaria.