



AYUNTAMIENTO DE  
**NOBLEJAS**

Oficina de Atención al Ciudadano/a del Ayuntamiento de Noblejas (Toledo)

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A ACTIVIDADES CENTRO DE INFORMACIÓN JUVENIL

### Datos de la Actividad:

Nombre de la Actividad:
-------------------------

### Datos del/la Solicitante: (Si el solicitante es menor de edad se debe cumplimentar el apartado siguiente, Representante)

Nombre y apellidos			
D.N.I. / N.I.F.		E-mail	
Domicilio			Teléfono
C.P.	Municipio	Provincia	

### Representado/a por

Nombre y apellidos			
D.N.I. / N.I.F.		E-mail	
Domicilio			Teléfono
C.P.	Municipio	Provincia	

El/la que suscribe, **DESEA**

Que SÍ / NO (marque la que no proceda) se le notifiquen electrónicamente los trámites / acuerdos / resoluciones derivados de la presente, a cuyo efecto (en su caso) consigna la dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

El/la que suscribe, cuyos datos personales consigna, **EXPONE:**

Mediante la presente solicitud de Inscripción para la actividad arriba indicada.

### SOLICITA:

- La inscripción en la actividad arriba indicada.

**INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA ACTIVIDAD**

**AUTORIZACIONES** (marcar la que proceda):

- Presto mi consentimiento para ser fotografiado/a o filmado/a durante el desarrollo de este servicio, para la cesión y difusión de su contenido, en los términos que recoge la a Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.
- Autorizo al personal de este servicio, en caso de urgencia y, siempre que no se haya podido localizar a los padres/madres o tutores a trasladar a nuestro hijo/a al Centro Médico.
- Personas autorizadas para la recogida de mi hijo/a:  
1. \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de familias con régimen de visitas regulado, indique a continuación que días puede recoger al niño/a cada familiar: \_\_\_\_\_

**SALUD Y OTROS:**

Enfermedad o Alergia a tener en cuenta: \_\_\_\_\_

Medicación al respecto: \_\_\_\_\_

Alguna discapacidad reconocida que quiera señalar: \_\_\_\_\_

Alguna otra información que quiera señalar: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 y con la normativa española vigente, se le informa que los datos recogidos en el presente formulario son necesarios para la prestación del servicio que se pretende y su negativa a proporcionarlos supondría la imposibilidad de prestar el mismo. Con su firma de aceptación de la solicitud consiente expresamente y autoriza como Responsable del Tratamiento a AYUNTAMIENTO DE NOBLEJAS con CIF P4511600A y mail [gestion@noblejas.es](mailto:gestion@noblejas.es) para el tratamiento de todos los datos personales facilitados por usted a fin de prestarle el servicio solicitado y realizar la gestión del mismo. Los datos proporcionados se conservarán el tiempo necesario para el cumplimiento legal. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos, solicitar su supresión, limitación u oposición y en su caso portabilidad. Contacto Delegado de Protección de Datos:

Francisco Rojas: [frojas@prevensystem.com](mailto:frojas@prevensystem.com)

Si doy mi consentimiento  No doy mi consentimiento

En Noblejas, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma,