

(Espacio reservado para el registro de entrada)

INSCRIPCIÓN ACTIVIDADES

CENTRO INFORMACIÓN JUVENIL

INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD

ACTIVIDAD

SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE											
NIF/CIF/NIE/PASAPORTE				E-mail							
DIRECCIÓN				NÚMERO	LETRA	KM	BLOQUE	PORTAL	ESCALERA	PLANTA	PUERTA
C.P.	MUNICIPIO			PROVINCIA				TLFNO.			

REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE											
NIF/CIF/NIE/PASAPORTE				E-mail							
DIRECCIÓN				NÚMERO	LETRA	KM	BLOQUE	PORTAL	ESCALERA	PLANTA	PUERTA
C.P.	MUNICIPIO			PROVINCIA				TLFNO.			

MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Correo Postal

Notificación Electrónica mediante comparecencia en la Sede electrónica sedenoblejas.abiscloud.com. En todo caso se notificará por esta vía a los obligados según el artículo 14.2 de la Ley 39/2015.

DATOS DE LA SOLICITUD

La persona firmante de este documento **EXPONE**:

AUTORIZACIONES

☐ 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 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 |

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 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

☐ Sí doy mi consentimiento

☐ No doy mi consentimiento

En

, a

Firma,