



CONCELLO DE CASTROVERDE

ESCOLAS DEPORTIVAS MUNICIPAIS 2018-2019

SOLICITUDE INSCRICIÓN

Neno/a _____
Data de nacemento _____ DNI _____
Teléfonos _____ e domicilio
en _____

Estou interesado/a en inscribirme á actividade de:

☐ BALONMÁN

☐ PATINAXE

☐ JUDO

☐ NATACIÓN

AUTORIZACIÓN PAIS/NAIS/TITORES

Don/a _____
Con dni _____ pai/nai/titor/a de _____

AUTORIZO a _____ a asistir á/s
actividade/s sinalada/s anteriormente.

Así mesmo autorizo ó Director da entidade financeira que se detalla, para que me cargue
no seguinte número de conta a cantidade correspondente pola asistencia a dita/s
actividade/s:

IBAN:

--	--	--	--	--	--

Castroverde a ____ de _____ de 201....

Asdo.:.....

SEGUIR CUBRINDO POR DETRÁS





INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS

De acordo co establecido no Regulamento UE 2016/679 de Protección de Datos Persoais (RXPDP), informámoslle que o responsable do tratamento dos seus datos persoais e dos do menor inscrito na actividade é o Concello de Castroverde, con enderezo na Praza do Concello, nº 2, CP 27120, en Castroverde (Lugo). A lexitimación para o tratamento dos seus datos persoais e os do menor é o consentimento expreso e explícito que nos outorga mediante a firma do presente documento. Os seus datos persoais e os do menor serán empregados para a correcta xestión da actividade na que se inscribe, facturación e cobro do servizo, así como para a xestión administrativa e contable derivada da actividade solicitada. Nin os seus datos nin os do menor se cederán a terceiros, salvo que exista unha obriga legal. Vostede ten dereito a acceder, rectificar ou suprimir os seus datos e/ou os do menor, así como outros dereitos, tal e como se explica na información adicional e detallada de protección de datos, que pode consultar nas oficinas do concello sitas no enderezo enriba indicado ou ben solicitándoa no enderezo electrónico: info@concellodecastroverde.com

Tratamento de datos de saúde: en determinados casos, coa finalidade de prestar correctamente os servizos e/ou actividades organizadas para menores por parte do concello, é preciso que tratemos datos relativos á saúde do seu fillo/a (enfermidades, lesións, medicación, alerxias alimentarias, trastornos de conducta e/ou discapacidades) polo que, en cumprimento da normativa vixente de protección de datos necesitamos o seu consentimento explícito e expreso para poder recoller e tratar os datos de saúde do seu fillo/a na prestación do servizo solicitado.

No caso de que, de ser estritamente necesario para a correcta prestación do servizo solicitado, non nos autorice expresamente ao tratamento dos datos relativos á saúde do seu fillo/a para a finalidade indicada, o Concello de Castroverde infórmalle que non poderá prestarlle os devanditos servizos de coidado de menores que nos solicita. Por todo elo, solicitámoslle que marque a casilla que se axuste aos permisos que quere darnos no relativo ao tratamento de datos de saúde do seu fillo/a.

☐ Sí, dou o meu consentimento expreso para que o **Concello de Castroverde** trate os datos relativos á saúde do meu fillo/a na prestación dos servizos de coidado de menores solicitados.

☐ Non dou o meu consentimento para que se traten os datos relativos á saúde do meu fillo/a no **Concello de Castroverde**.

O Concello de Castroverde infórmalle que en calquera momento vostede poderá proceder a retiralo consentimento facilitado para o tratamento dos datos de saúde do seu fillo/a que nos outorgou, sen que elo anule a lexitimación dos tratamentos que se efectuaron dende que se outorgou o consentimento ata que vostede nolo retirou.

Envío de comunicacións, do mesmo modo, para o envío de comunicacións informativas, ao seu número de teléfono móbil que nos facilita no presente documento, sobre información relativa á participación do seu fillo/a no servizo e/ou actividade (P. Ex. Ausencias, citas, etc..) precisámoslo seu consentimento consentimento explícito, polo que lle solicitamos que marque a casilla que máis se axuste aos permisos que queira concedernos ao respecto.

☐ Sí, dou o meu consentimento para recibir comunicacións informativas sobre o servizo e/ou actividade organizada polo concello no número de teléfono móbil facilitado no presente documento, xa sexa a través de mensaxes de texto ou a través de aplicación de mensaxería instantánea.

☐ Non, non desexo recibir ningún tipo de información sobre os servizos e/ou actividades organizadas polo Concello no meu número de teléfono móbil.

Agradecendo a súa colaboración, reciba un cordial saúdo,

En Castroverde a ____ de _____ de 20__

Devolver asinado polo representante legal do menor, en caso contrario no poderá participar na actividade indicada.

Asdo, : _____

(Nome, Apelidos e DNI do Pai, nai ou titor legal)

Nome e Apelidos (Menor): _____