

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ **Apellidos:** _____
NIF: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____
Móvil: _____ **Otro teléfono:** _____ **E-Mail:** _____
Dirección: _____ **C.P.:** _____

DATOS DE LA ACTIVIDAD

Actividad: _____ **Grupo:** _____ **Precio:** _____
Días: _____ **Horario:** _____ **Fecha inicio:** _____ **Fecha fin:** _____

AUTORIZACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 31/2018, de 5 de Diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales., los datos facilitados en el presente formulario y la documentación solicitada se incorporarán a ficheros del AYUNTAMIENTO DE LAS ROZAS (Concejalía de Juventud), con la finalidad de gestionar la inscripción y participación en la actividad descrita en la presente solicitud. En caso de que el solicitante sea menor de edad, Ud. padre/madre o tutor/a, como representante legal del mismo, autoriza de forma expresa al tratamiento de los datos personales y su posible cesión, incluidos los datos de salud del menor representado, con las finalidades descritas anteriormente. Asimismo, le informamos de que durante el desarrollo de la actividad suscrita pueden captarse imágenes con la finalidad de difundir y promocionar las actividades de la Concejalía de Juventud. Si no consiente el tratamiento de la imagen, marque la casilla. Así mismo sus datos podrán ser utilizados para mantenerle informado mediante correo electrónico o mensajes SMS de las actividades de la Concejalía. Si no desea recibir información de la Concejalía, por los medios citados, marque la casilla. Le informamos que pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición mediante comunicación escrita, adjuntado copia del DNI, dirigida al domicilio del Ayuntamiento ubicado en Plaza Mayor, número 1, 28231 Las Rozas de Madrid, o mediante el envío de un correo electrónico con firma digital reconocida a la siguiente dirección solicitudesARCO@lasrozas.es.

En Las Rozas de Madrid , a _____ Fdo.:

AUTORIZACIÓN (MENORES DE EDAD)

Nombre madre/padre/tutor/a: **NIF:**

Autoriza a su hijo/a o tutorado/a a asistir a la actividad arriba indicada, incluyendo las actividades específicas que la componen y de las que tiene conocimiento expreso a través del díptico informativo en el que se detallan. Ambos se comprometen a aceptar las normas de convocatoria e internas de la actividad, y hace constar que su hijo/a o tutorado/a no padece enfermedad física o psíquica que le incapacite para la convivencia en grupo, o para la realización de estas actividades. Asimismo, el firmante asume las responsabilidades civiles y penales que pueda derivarse de las acciones de su hijo/a tutorado/a respondiendo también de los daños ocasionados por este.

En Las Rozas de Madrid , a _____ Fdo.:

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ **Apellidos:** _____
NIF: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
DATOS DE LA ACTIVIDAD
Actividad: _____ **Grupo:** _____ **Precio:** _____
Días: _____ **Horario:** _____ **Fecha inicio:** _____ **Fecha fin:** _____

Concejalía de Juventud
Resguardo participante

Sello