

PROGRAMA DE CONCILIACIÓN 2024

DATOS E AUTORIZACIÓN DAS PERSOAS PARTICIPANTES

Indique a **QUENDA** de participación:

- Xuño. Do 24 ao 30 de xuño.
 Terceira quenda. Do 1 ao 14 de agosto.
- Primeira quenda. Do 1 ao 12 de xullo.
 Cuarta quenda. Do 19 ao 31 de agosto.
- Segunda quenda. Do 15 ao 31 de xullo.
 Setembro. Do 1 ao 10 de setembro.

DATOS DA PERSOA PARTICIPANTE

Nome: _____

Apelidos: _____

Data de nacemento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

OBSERVACIÓNS DA PERSOA PARTICIPANTE

Sabe nadar? Si Non Un pouco Nada

Ten alerxia a algún medicamento? _____ Si Non

Ten alerxia ou intolerancia a algún alimento? _____ Si Non

Padece algunha outra alerxia? _____ Si Non

Outras observacións a considerar _____

DATOS DAS/OS RESPONSABLES DA PERSOA PARTICIPANTE

Nome da nai, pai, titor ou titora: _____

Teléfonos: _____ DNI: _____

Correo electrónico: _____

Enderezo: _____

Don/dona _____

nai, pai, titor ou titora da persoa participante

AUTORIZO a _____

- A/o mesma/o a participar nas saídas que se leven a cabo no marco do programa, fóra das instalación reservadas para a realización das actividades. _____ Si Non
- As persoas responsables da actividade a trasladar á persoa participante en vehículos privados ou alugados ao centro de saúde máis próximo, en caso de necesidade, aínda que ditos vehículos non estean destinados ao transporte público. _____ Si Non

- A que a persoa participante nas actividades sexan fotografadas e/ou filmadas polas entidades organizadoras na actividade organizada pola mesma. _____ Si Non
- A utilización de imaxes ou reproducións, ou parte das mesmas, nas que apareza a persoa ao meu cargo, en medios de comunicación podendo utilizar a súa difusión todos os medios coñecidos na actualidade e os que se puidesen desenvolver no futuro. Si Non
- A seguinte relación de persoas para entregar ou recoller ao menor participante:

D/dna _____ con DNI _____

D/dna _____ con DNI _____

D/dna _____ con DNI _____

As cales acudirán co DNI cando vaian recoller a/ao participante, para mostralo ás persoas responsables da entidade.

DECLARO

Que a/o participante durante a actividade ten que tomar medicamentos, padece algunha alerxia ou intolerancia. _____ Si Non

En caso de que a súa resposta sexa afirmativa debera axuntar o informe médico e cubrir o permiso para a administración de medicamentos (esta folla deberase cubrir incluso no caso de medicamentos que se tomen esporadicamente como pode ser ibuprofeno ou dalsy)

Baixo a miña responsabilidade que os datos sinalados son certos e adquiero o compromiso de comunicar calquera modificación nos datos aportados, variacións respecto ás observacións, así como, toda a información de carácter privado, datos de interese para os responsables da actividade e da entidade, separación matrimonial ou disolución da parella,... comunicarse á persoa responsable do mesmo. Aportando a documentación necesaria cando sexa oportuno (certificados, convenios reguladores,...)

_____ a _____ de _____ de 2024

Sinatura da nai, pai, titor ou titora

DNI número _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS: De conformidade ao disposto na actual normativa de Protección de Datos de Carácter persoal, informámoslle que o responsable de tratamento dos datos de carácter persoal recollidos neste documento é, cuxa finalidade é poder atender as consultas e calquera tipo de xestión realizada por este medio de comunicación. Os seus datos non se cederán a terceiros, salvo por obrigaición legal.

Ten vostede dereito a acceder, rectificar ou suprimir os datos erróneos, solicitar a limitación do tratamento dos seus datos así como opoñerse ou retirar o consentimento en calquera momento. Para iso, dispón de formularios específicos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios, sempre acompañados dunha copia do seu DNI para acreditar a súa identidade en: NOSSOLUCIONS@NOSSOLUCIONS.ES

Pode consultar a información adicional e detallada sobre Protección de Datos solicitándoa por correo electrónico: NOSSOLUCIONS@NOSSOLUCIONS.ES