



AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE DATOS PERSONALES

SOLICITANTE (MAYOR DE EDAD)

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Dirección	C.P.	Población
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
<input type="text"/>			

DATOS DE CONTACTO

Teléfono móvil	Correo Electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOLICITANTE MENOR DE EDAD (menor 18 años) Y TUTOR/A

DATOS DEL MENOR

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DEL TUTOR/A

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Dirección	C.P.	Población
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
<input type="text"/>			

DATOS DE CONTACTO

Teléfono móvil	Correo Electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>



DECLARACIÓN

Declaro no padecer ningún tipo de enfermedad infecto-contagiosa, ni impedimento físico o psíquico que imposibilite mi participación en la actividad solicitada, autorizando al personal adscrito a la instalación, para que actúe como mejor proceda en caso de accidente o enfermedad utilizando mi tarjeta sanitaria o seguro deportivo, según proceda, en los servicios médicos. Asimismo, declaro haberme efectuado un reconocimiento médico con informe favorable para realizar la actividad solicitada.

FECHA Y FIRMA

Declaro que todos los datos facilitados son ciertos. Que he leído las advertencias legales y que acepto las condiciones particulares expresadas, solicitando que se admita a trámite esta instancia.

En _____, a ____ de _____ de 202__

Fdo.

La persona solicitante o su representante legal

AVISO LEGAL

Privacidad: Tratamiento de Datos conforme a RGPD 679/2016: Información de 1ª capa: Su dirección de correo electrónico junto con la información que nos facilite, o nos haya facilitado en su condición de administrado/interesado en trámites, consultas y otros procedimientos, son tratados por el Excmo. Ayuntamiento de Alhendín, CIF: P1801500H, en calidad de responsable del tratamiento. **Finalidad del Tratamiento:** gestionar y mantener los contactos y relaciones que se produzcan como consecuencia de la relación que mantiene con este Ayuntamiento, solicitudes, y otras gestiones competencia del responsable. **Base jurídica de legitimación:** su consentimiento, el interés legítimo como Autoridad Pública, o la existencia de un contrato o similar. **Plazo de conservación de sus datos:** vendrá determinado por la relación que mantiene con nosotros, o los marcados por la legislación específica aplicable en cada caso. **Comunicaciones de datos:** Ninguna prevista, salvo las necesarias para prestar los servicios propios del Ayuntamiento, las exigidas por ley, o reclamación judicial. **Ejercicio de derechos RGPD:** derecho de acceso, rectificación, cancelación/supresión, oposición, limitación o portabilidad, dirija comunicación por escrito a: Plaza de España, Núm. 7, CP: 18620 – Alhendín - Granada, acompañando fotocopia de DNI o documento identificativo equivalente, o por email a: dpo@alhendin.es En caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es). Información adicional (2ª capa) sobre el tratamiento de datos disponible para los interesados en la página web del Ayuntamiento: www.alhendin.es