

AUTORIZACIÓNS FAMILIARES E OBSERVACIÓNS MÉDICAS GONDOVERÁN 2017

DATOS DO/A MENOR 1

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO
DATA NACEMENTO		IDADE

DATOS DO/A MENOR 2

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO
DATA NACEMENTO		IDADE

DATOS DO/A MENOR 3

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO
DATA NACEMENTO		IDADE

DATOS DO/A RESPONSABLE DO/A MENOR

DNI NAI/PAI/TITOR/A LEGAL	NOME	PRIMEIRO APELIDO
SEGUNDO APELIDO	ENDEREZO	
LOCALIDADE	C.P.	TELÉFONO FIXO
TELÉFONO MOBIL	ENDEREZO ELECTRÓNICO	

OBSERVACIÓNS MÉDICAS

Sobre necesidades especiais de atencións, enfermidades ou alerxias ou calquera outra que desexe facer con referencia ao coidado do/a menor/es:

Autorización de persoa/s para a recollida do/a menor ou menores:

_____ DNI _____
_____ DNI _____

En cumprimento do art. 5 da Lei Orgánica de Protección de Datos 15/1999, LOPD, polo que se regula o dereito de información, se informa que os datos persoais que vostede facilita no presente formulario incorporaranse a ficheiros debidamente inscritos na SAEPD, cuxo responsable é o Concello de Gondomar coas seguintes finalidades: tramitar e xestionar as solicitudes de participación nos Campamentos de Conciliación.

Deste xeito informamos que os datos aos que se refire este punto poderán ser cedidos: as administracións públicas con competencias na materia como a Xunta de Galicia e Entidades aseguradoras, Entidades sanitarias e a aquelas outras entidades determinadas por norma con rango de Lei para o adecuado cumprimento das obrigacións á que ven suxeita esta administración pública.

Vostede é o único/a responsable da veracidade e corrección dos datos que nos facilita e o Concello de Gondomar adoptará as medidas de seguridades, técnicas, organizativas e legais necesarias para protexer o seus datos persoais.

SINATURA DO/A RESPONSABLE DO/A MENOR OU MENORES

Gondomar, de de 2017