

**Miércoles, 19:30– 20:30 h. Centro Juvenil.**

Nombre y apellidos:

D.N.I:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

Observaciones (enfermedades, alergias…):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| D.Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a mi hijo/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a participar en la actividad**: “Lengua de Signos”,** que tendrá lugar los miércoles de 19:30 a 20:30 h., durante el curso 2023/2024, en el Centro Juvenil de Venta de Baños (Palencia), organizado por la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento de Venta de Baños.    Firmado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRE Y APELLIDOS DE LOS PADRES O TUTORES:  TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA: |

**PROTECCIÓN DE DATOS**

El Ayuntamiento de Venta de Baños, Concejalía de Juventud, con domicilio en Plaza Constitución, Nº 1, 34200 Venta de Baños (Palencia) y CIF P-3402300-B, es el responsable del tratamiento de los datos personales del interesado-a y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, por lo que se facilita la siguiente información del tratamiento:

**Finalidad del tratamiento:**

* Gestión de la Solicitud de inscripción en la actividad: “Lengua de Signos” de la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento de Venta de Baños.
* Gestión de seguros y actos administrativos, necesarios para el desarrollo de la actividad.
* Podrá realizarse la grabación de imágenes y vídeos de las actividades de la Concejalía de Juventud, para ser publicadas en los medios y soportes de comunicación, propios o de terceros, que la Concejalía considere oportunos para la difusión de la actividad. Estas imágenes no podrán ser utilizadas para cualquier otra finalidad.

**Base Jurídica:**

El tratamiento de los datos se realizará amparado en el consentimiento prestado por el titular y en el interés legítimo del responsable del Tratamiento.

**Criterios de conservación de los datos:**

Se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y hasta cumplir con las obligaciones legales que nos aplican. Cumplidos los plazos, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas que garanticen la destrucción total de los mismos.

**Comunicación de los datos:**

Los datos que sean estrictamente necesarios para el desarrollo de la actividad con eficacia y seguridad, podrán ser comunicados a los profesores/monitores, entidad/empresa que desarrolle la actividad; así como a entidades aseguradoras o corredurías, a efectos de suscripción de seguros médicos o de accidentes.

**Derechos que asisten al interesado-a:**

* Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
* Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
* Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

**Datos de contacto para ejercer sus derechos:**

Ayuntamiento de Venta de Baños, Concejalía de Juventud.

Plaza Constitución, Nº 1. 34200 Venta de Baños (Palencia).

Tfno: 979 77 08 12 // 13.

Email: **pijventadebanos@hotmail.com**

Mediante la firma de este documento el interesado-a consiente el tratamiento de sus datos en los términos establecidos.

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

D./Dña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en representación de mi hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Firmado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Padres o tutores).

**\* PARA FORMALIZAR LA INSCRIPCIÓN SERÁ NECESARIO ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD: FOTOCOPIA DEL D.N.I. Y DE LA TARJETA SANITARIA.**