

DADES MÈDIQUES A TENIR EN COMPTE

NOM

COGNOMS.....

DATA DE NAIXEMENT

Circumstàncies mèdiques especials:

Al·lèrgia	
Diabetis	
Somnambulisme	
Altres (especifiqueu-les)	

Si està en tractament mèdic o prenent una medicació especifiqueu-ho, si us plau:

Les dades de caràcter personal que ens faciliteu en el present formulari s'incorporaran als fitxers de la FUNDACIÓ PRIVADA SANT NICOLAU (Responsable fitxer), amb l'exclusiva finalitat de tenir-les en compte per poder realitzar adequadament les activitats del casal d'estiu.

Els destinataris d'aquesta informació únicament són els departaments en què s'organitza FUNDACIÓ PRIVADA SANT NICOLAU i els col·laboradors oportuns per al desenvolupament de les seves atribucions i objecte social (que únicament accedeixen a les dades en els termes de l'art. 12 LOPD, sense que això comporti en cap cas una comunicació de les dades), així com la cessió a les entitats oficials públiques o privades que ho exigeixin per Llei.

Teniu dret a accedir, cancel·lar, oposar-vos o rectificar les vostres dades, segons preveu la normativa aplicable, mitjançant comunicació escrita dirigida al Responsable d'Atenció a l'Afectat de la FUNDACIÓ PRIVADA SANT NICOLAU, a la nostra adreça del c/ Jardí, 72-80, 08202-Sabadell (Barcelona), acompanyant fotocòpia del DNI.

Jo, En/Na, amb DNI/NIE, pare, mare o tutor legal de l'alumne....., autoritzo el tractament i en el seu cas cessions de les dades esmentades, per al correcte desenvolupament de les activitats del casal d'estiu