

SOLICITUD DE MATRÍCULA

CURSOS

FECHA DE SOLICITUD

DATOS DEL ALUMNO/A

NOMBRE

APELLIDOS

NIF

FECHA NACIMIENTO

Nº AFILIACIÓN A S.S.

TELEFONO CONTACTO

DISCAPACIDAD:

 SI NO

CENTRO:

PUESTO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

E-MAIL:

CURSO QUE SE SOLICITA:

Firmado

CLAUSULA INFORMATIVA ALUMNOS FORMACIÓN

RESPONSABLE Y FINALIDAD: En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos proporciona, incluidos los de salud, serán tratados por **FAAM, FEDERACIÓN ALMERIENSE DE ASOCIACIONES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**, con la finalidad de gestionar la formación en la que solicita inscribirse y las tareas administrativas derivadas de la misma. Usted queda informado de la posible comunicación para su utilización con los fines anteriores a los organismos de la administración pública competente.

PLAZO: Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su supresión por el interesado, se mantenga la relación entre las partes o durante el plazo que fije la normativa aplicable en la materia.

LEGITIMACION: La legitimación para el tratamiento de datos se basa en la prestación del servicio llevado a cabo por la entidad.

DESTINATARIOS: Los destinatarios de los datos serán Organizaciones o personas directamente relacionadas con el responsable, asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro, organismos de la seguridad social y Administración Pública con competencia en la materia.

DERECHOS: El interesado puede ejercer los derechos de acceso a sus datos personales, rectificación, supresión (derecho al olvido), limitación de tratamiento, oposición, portabilidad, derecho a no ser objeto de decisiones individualizadas, así como la revocación del consentimiento prestado. Para ello podrá dirigir un escrito a **Ctra. Granada nº 190 local G, Residencial La Cartagenera - 04008 Almería** o también puede enviar un email al Delegado de Protección de Datos a la dirección protecciondedatos@faam.es, adjuntando documento que acredite su identidad.

RECLAMACION: Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

CONSENTIMIENTO

SI NO

Para recibir comunicaciones sobre las actividades y/o servicios prestados por la Asociación (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI)

SI NO

Para que dichas comunicaciones se realicen a través de WhatsApp y/o correo electrónico (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI)

SI NO

Tratamiento de los datos de salud para las finalidades definidas anteriormente. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI)

SI NO

Para el uso de la imagen personal del alumno, con la finalidad de divulgar y difundir en distintos medios de comunicación, redes sociales, página web, televisión y otros soportes las actividades de la entidad (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla).

ALUMNO: _____

Nombre y apellidos (Padre, Madre o Tutor Legal en caso de que el alumno sea menor de 14 años):

DNI:

Fecha:

Firma: