



INSCRIPCIÓN

UN VERANO/2019

| | | | |
|-----------------------------------|--|--|-------------------|
| Apellidos: | | | |
| Nombre: | | | Fecha nacimiento: |
| Domicilio: | | | |
| Población: | | | Código postal: |
| Teléfono: | | | DNI: |
| Nombre del padre/madre o tutor/a: | | | |

| | | |
|---|---|----------------------------|
| TALLER DE HABILIDADES SOCIALES: "ARTES DEL MUNDO" LUGAR: CENTRO SOCIAL DE LA LOCALIDAD CUOTA: 20 € HORARIO: DE 11 a 13 H | <input type="checkbox"/> JAVIERRELATRE | Fecha: 8 a 12 Julio |
| | <input type="checkbox"/> SABIÑÁNIGO ALTO | Fecha: 15 a 19 Julio |
| | <input type="checkbox"/> YEBRA DE BASA | Fecha: 29 julio a 2 Agosto |
| | <input type="checkbox"/> YÉSERO | Fecha: 5 a 9 de Agosto |
| | <input type="checkbox"/> SENEGÜÉ-SORRIPAS | Fecha: 19 a 23 de Agosto |

PROCEDIMIENTO DE INSCRIPCIÓN:

- 1º. La realización de la actividad requiere de un número mínimo de participantes.
- 2º. FORMALIZACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN, con el pago y entrega de los justificantes bancarios una semana antes del inicio de cada taller, en las respectivas localidades.

Ingrese la cuota correspondiente en el número de cuenta de la Comarca Alto Gállego de Ibercaja
 nº E568 2085 2460 32 0330071184

Yo _____, con DNI _____ por la presente autorizo SI NO autorizo y doy mi consentimiento al Área de Servicios Sociales para que use las fotografías o videos que se realicen en la ejecución de este proyecto y cualquier fotografía en la que aparezca. Estos videos y fotografías pueden ser utilizados por el Área de Servicios Sociales de la Comarca Alto Gállego para la producción de material informativo y/o divulgativo de los proyectos que ejecuten, incluyendo su publicación en las páginas web de la Comarca. Así mismo me doy por avisado que en el momento que yo considere, por escrito, puedo revocar la presente autorización.

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE, TUTOR/TUTORA

El solicitante, padre/madre o tutor/tutora, AUTORIZA al interesado/a a participar en el Taller de Habilidades Sociales "ARTES DEL MUNDO".

Igualmente, hace constar que el interesado/a no sufre enfermedad ni dolencia alguna que le impida la asistencia a la actividad solicitada, ni necesita dedicación especial o atención individualizada. Asimismo, solicita conocer la normativa y se compromete a cumplirla.

En _____, a _____ de _____ de _____

El solicitante, padre/madre o tutor/a _____

| |
|--------|
| FIRMA: |
|--------|

*La Comarca utilizará un sistema de avisos por mensaje SMS para informar de posibles incidencias durante el transcurso del curso.
 » De acuerdo con la normativa vigente en materia de **Protección de Datos Personales**, le informamos que sus datos personales aquí facilitados formarán parte del fichero de "Servicios Sociales", titularidad de la Comarca del Alto Gállego, con la única finalidad de gestionar los servicios sociales ofertado por la Comarca.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y supresión (derecho al olvido), limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y de oposición, en relación a sus datos personales, dirigiéndose a la Comarca del Alto Gállego, C/ Secorún, s/nº, 22.600 Sabiñánigo. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra web: <http://www.comarcaaltogállego.es>