

PROGRAMA

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

CENTRO MUNICIPAL DE MAYORES (LOS OLIVOS)

NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA DE INSCRIPCIÓN	
NIF:	
EDAD	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO:	

ACTIVIDADES	DÍA	HORA	NUMERO DE PLAZA	MARCA CON UNA X
ATENCIÓN MEMORIA SONRIENDO A LA VIDA	LUNES	16:00 A 17:15 H.	15	
ACTIVAMENTE CUERPO Y MENTE	JUEVES	11:00 H. A 12:30 H.	15	
TALLERES DE MANUALIDADES	MIÉRCOLE S	18:45 H. A 20:00 H.	15	

Firmado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./DÑA.

D.N.I.

TFNO.

Declaro mi consentimiento para el tratamiento de mis datos por los Servicios Sociales del Ayuntamiento con el fin de facilitarme información y asesoramiento en su materia, así como para la gestión o tramitación de los recursos y servicios precisos para ello.

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 y con la normativa española vigente, se le informa que los datos recogidos en los formularios necesarios y documentación anexa al mismo para la prestación del servicio que se pretende. Su negativa a proporcionarlos supondría la imposibilidad de prestar el mismo. Con su firma de aceptación de la solicitud consiente expresamente y autoriza como Responsable del Tratamiento al AYUNTAMIENTO DE OLIAS DEL REY para el tratamiento de todos los datos personales facilitados por usted a fin de prestarle el servicio solicitado y realizar la gestión de este. Los datos proporcionados se conservarán el tiempo necesario para el cumplimiento legal. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos, solicitar su supresión, limitación u oposición y en su caso portabilidad. Contacto Delegado de Protección de Datos: Francisco Rojas frojas@prevensystem.com

Si doy mi consentimiento

No doy mi consentimiento

En Olías del Rey a

de

del 202

Firma