

DOCUMENT D'AUTORITZACIÓ DE SORTIDES I D'ATENCIÓ MÈDICA

En/na _____ (nom i cognoms), amb DNI/NIE _____ pare, mare o tutor legal declaro conèixer i autoritzar els desplaçaments i les activitats que l'infant _____ realitzarà durant l'estança al nostre campus.

Tanmateix autoritzo que sigui atès/a i se li pugui realitzar les atencions mèdiques pertinents, prèvia opinió i diagnòstic facultatiu reconegut, utilitzant si cal el vehicle que tinguem a disposició per traslladar a l'infant al centre mèdic més proper.

Els/les responsables de l'activitat, en el seu cas, informaran telefònicament de tots els passos a seguir i actuacions a realitzar.

A CENTRE D'ESTUDIS MONTSENY, SCCL tractem la informació que ens facilita amb la finalitat de prestar el servei sol·licitat. Les dades proporcionades es conservaran mentre es mantingui la relació professional o durant els anys necessaris per complir amb les obligacions legals. Les dades no es cediran a tercers excepte en els casos en els que hi hagi una obligació legal CENTRE D'ESTUDIS MONTSENY, SCCL ha adoptat totes les mesures de seguretat establertes en la legislació actual sobre la protecció de dades. Estem legitimats per tractar les dades perquè son necessàries per mantenir la nostra relació i perquè ens ho autoritza mitjançant la present autorització. Pot exercir en tot moment els seus drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat de les seves dades i la limitació o oposició al seu tractament mitjançant un escrit dirigit a: CENTRE D'ESTUDIS MONTSENY, SCCL, CIF: F08799256. Carrer Pallars 410, 08019 (Barcelona). Correu electrònic: protecciodades@cemontseny.cat Telèfon: 933072857. També té dret a presentar una reclamació davant l'autoritat de control competent si considera que el tractament no s'ajusta a la normativa vigent.

He llegit i accepto la política de privacitat.

Signatura pare/mare/tutor-a:

Barcelona, a _____ de _____ de 20____