

INSCRIPCIÓN

III XORNADAS SOBRE SAÚDE MENTAL E DISCAPACIDADE INTELECTUAL

ENTIDADE
ORGANIZADORA



ASPANANE VIVEIRO

ASOCIACIÓN DE PAIS DE PERSOAS CON
DISCAPACIDADE INTELECTUAL DE VIVEIRO
Avda Ramón Canosa, s/n, detrás da piscina
27863, Celeiro, Viveiro, Lugo. | Teléfono: 982 563083

- Cumplimenta este boletín a ordenador e con letras maiúsculas e asínao.
- Envía o formulario de inscrición xunto co xustificante bancario ao correo xornadas.aspanane@aspanane.gal
- En caso de cubrir o aforo, notificaremos as prazas que non sexan admitidas.
- Ingreso de 50 € na conta: ES91 2080 0154 5230 4000 4366, indicar Nome, Apelidos e III Xornadas

Apelidos:

Nome:

D.N.I.:

Teléfono:

e-mail:

Centro de traballo:

Posto/Cargo desempeñado:

Normativa: Reglamento (UE) 2016/679 RGPD.

Responsable del tratamiento: ASOCIACIÓN DE PAIS DE PERSOAS CON DISCAPACIDADE INTELECTUAL DE VIVEIRO

Finalidad: La gestión de los datos recabados para las jornadas, eventos y actividades organizadas por la entidad.

Legitimación: Consentimiento del interesado o de su representante legal

Destinatarios: No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos: Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, a revocar el consentimiento prestado y a presentar reclamación ante la Agencia Española Protección de Datos.

Información adicional: Toda la información facilitada podrá encontrarla ampliada en la información adicional que está a su disposición en la dirección www.aspanane.org/#politica

AUTORIZACION PARA LA COMUNICACIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Previamente a que nos de su autorización, le informamos de que para la participación en la jornada, evento o actividad organizada por ASOCIACIÓN DE PAIS DE PERSOAS CON DISCAPACIDADE INTELECTUAL DE VIVEIRO no es obligatorio que nos facilite las autorizaciones que se solicitan a continuación, que puede retirar el consentimiento en cualquier momento, dirigiéndose por escrito a la dirección del Responsable del Tratamiento y que si usted lo retira los tratamientos que se hayan realizado con anterioridad continuaran siendo válidos.

a) Toma de imágenes y su posterior difusión a través de Redes Sociales, Web, así como otros medios de comunicación, con la finalidad de divulgar de las actividades y cursos que lleva a cabo la entidad.

Sí autorizo

NO autorizo a la toma y publicación de mis imágenes

b) Envío de información actualizada sobre nuevas jornadas, eventos y actividades que organice la entidad y que puedan ser de su interés

Sí deseo recibir información actualizada

NO deseo recibir información actualizada

D/Dª

En, a, de de

Firma

COLABORA



SERVIZO GALEGO de SAUDE
Xerencia de Xestión Integrada
de Lugo, Corvo e Moaña

Hospital da Mariña