

XI ENCUENTRO DIOCESANO DE INFANCIA MISIONERA. VILLARRUBIA DE LOS OJOS 2019

AUTORIZACIÓN

Autorizo acon D.N.I.....
(Nombre y apellidos del niño/a)

Hijo/a de.....con D.N.I.
(Nombre y apellidos del padre)

y decon D.N.I.
(Nombre y apellidos de la madre)

y con teléfono de contacto durante este día

A participar en el XI Encuentro Diocesano de Infancia Misionera que se celebrará en Villarrubia de los Ojos el día 16 de noviembre de 2019.

Los firmantes del presente documento, en su calidad de representantes legales del menor, autorizan a la entidad organizadora de la actividad para que obtenga y utilice imágenes relacionadas con el evento en las publicaciones que realice el mismo, ya sean impresas o en formato digital (video divulgativo, web...). Asimismo autorizan que dichas imágenes puedan ser obtenidas y/o difundidas por los medios de comunicación siempre que dicha difusión no comporte una intromisión ilegítima la intimidad, honra o reputación del menor o sea contraria a sus intereses, todo ello en los términos establecidos en el artículo 4 número 3 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor.

Los datos recogidos en este formulario, y la imagen en su caso, podrán ser tratados por OBRAS MISIONALES PONTIFICIAS para gestionar la actividad objeto de inscripción y las comunicaciones con los interesados, que incluyen la información sobre otras campañas y actividades de la institución. Los datos serán tratados sobre la base legítima del consentimiento del titular y no se cederán a terceros, salvo obligación legal, judicial o consentimiento expreso del interesado. El titular de los datos tiene derecho a conocer si Obras Misionales Pontificias está tratando sus datos personales así como a rectificar los datos inexactos, oponerse y cancelar sus datos, cuando no lo consideren necesarios, presentando una solicitud por escrito en la dirección del responsable. Puedes consultar toda la información sobre privacidad en nuestra web www.omp.es/politica-proteccion-datos/

***Hágase constar si el menor padece algún tipo de alergia y si tiene algún tratamiento médico.**

.....

Fdo.: _____

Fecha y firma de los padres