

**MATRICULACIÓN**

**FICHA DE DATOS XERAIS**

Núm.

Nome:

Data de nacemento: domiciliado en

Apelidos:

C.P.

Parroquia

Concello

Correo electrónico

Centro educativo

|  |
| --- |
|  |

Nome e apelidos do/a titor/a legal:

DNI:

Teléfonos de contacto

1º: Teléf.: Nome:

2º Teléf.: Nome:

3º Teléf.: Nome:

**GRUPO A ESCOLLER: OBRADOIROS:**

**( ) Lettering ( ) Skate**

**( ) Drons ( ) Youtube/Tiktok**

( ) Fene

( ) Mugardos

( ) Neda

Fene

, de

, de 2021

Sinatura do/a solicitante.

ESTA DOCUMENTACIÓN ACHEGARASE PREFERENTEMENTE POR MEDIOS TELEMÁTICOS a través de e.mail servizos.sociais@fene.gal

EXCEPCIONALMENTE, matriculación presencial. Para acollerse a esta modalidade hai que solicitar cita previa no teléfono 981 342607/981 492706, de luns a venres en horario de 10:00 a 14:00 h. Acudir o día e a hora que se asigne provisto de máscara de protección facial.

**DECLARACIÓN RESPONSABLE A RESPECTO DA COVID-19**

D/Dª------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------,

Pai/nai/titor/titora do/a rapaz/a:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En relación coa inscrición en MOCIDADE ACTIVA e tendo en conta as disposicións aplicables:

**DECLARO QUE**:

Son responsable das seguintes cuestións:

1. O/a rapaz/a participante en MOCIDADE ACTIVA non tivo síntomas identificables coa enfermidade COVID-19 durante os últimos 15 días.
2. Non tivo contacto directo con convivintes, familiares ou calquera persoa que estivera a unha distancia menor de 2 metros durante un tempo de polo menos 15 minutos con outra persoa con diagnóstico confirmado ou probable de enfermidade COVID-19 nin teño coñecemento de ter compartido espazo sen gardar a distancia mínima interpersoal con ningunha persoa con diagnóstico confirmado ou probable de enfermidade COVID-19 durante os últimos 15 días.
3. En caso de presentar algún síntoma compatible coa enfermidade COVID-19 seguirei as directrices das autoridades sanitarias, non acudindo á actividade e avisando ao seu responsable coa maior brevidade posible.
4. Aplicaremos e cumpriremos en todo momento as normas, disposicións e recomendacións relativas a seguridade e saúde incluíndo se é o caso, o uso dos equipos de protección individual que deba empregar, de cara á participación na actividade MOCIDADE ACTIVA 2021.

**AUTORIZACIÓNS**

Sinala con aspa o que corresponda:

( ) Autorizo a que se poidan sacar fotografías as cales non serán utilizadas con ningunha outra finalidade que as derivadas da propia actividade.

( ) NON autorizo a que se poidan sacar fotografías as cales non serán utilizadas con ningunha outra finalidade que as derivadas da propia actividade.

( ) Autorizo ao concello e á empresa contratada a que os emus datos persoais sexan gardados nos seus ficheiros informatizados segundo lo establecido no LOPD.

( )NON autorizo ao concello e á empresa contratada a que os emus datos persoais sexan gardados nos seus ficheiros informatizados segundo lo establecido no LOPD.

( ) Autorizo a utilizar grupos informativos de whatsapp para facer seguimento das actividades e normas de seguridade e hixiene.

( ) NON autorizo a utilizar grupos informativos de whatsapp para facer seguimento das actividades e normas de seguridade e hixiene.

Asdo.- -----------------------------

Consentimento expreso de inclusión dos datos recollidos neste formulario nun ficheiro, para o seu tratamento coa finalidade de facilitar a xestión deste procedemento, en cumprimento do disposto na lexislación vixente de protección de datos de carácter persoal. Vostede poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición previstos na Lei, mediante escrito dirixido ao Concello de Fene, praza do alcalde Ramón José Souto González s/n, 15500- Fene. A cumprimentación e sinatura deste documento suporá a prestación do consentimento para dito tratamento.