

FOLLA DE INSCRICIÓN

CONCILIA ANTROIDO 24

INFO CONCILIA:

- DATAS CONCILIA: 12, 13 e 14 de febreiro
- HORARIO DA ACTIVIDADE: de 9:00h a 14:00h
- HORARIO DE ENTREGA: de 7:30* ou 8:00*(dependendo das inscricións) a 9:00h
- HORARIO DE RECOLLIDA: de 14:00h a 15:00h

INFO INSCRICIÓN:

- FIN DO PRAZO DE INSCRICIÓN: 7 de febreiro ás 14:00h
- VÍAS DE INSCRICIÓN: sede electrónica do concello (preferentemente) ou presencialmente na oficina de rexistro do concello

DATOS DA PERSOA QUE VAI PARTICIPAR NA ACTIVIDADE

DNI-NIF/CIF/NIE:	NOME E APELIDOS/RAZÓN SOCIAL:	
DATA DE NACEMENTO:	ENDEREZO:	
CODIGO POSTAL:	CONCELLO:	PROVINCIA:
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO:	

DATOS DA PERSOA RESPONSABLE [nais, pais, titores/as legais, persoas acolledoras]

DNI-NIF/CIF/NIE:	NOME E APELIDOS/RAZÓN SOCIAL:
RELACIÓN COA PERSOA PARTICIPANTE NOS CONCILIA:	

DECLARO

NECESIDADE DE CONCILIAR: [marcar con un "X"]

- si
 non

(O Concello de Brión poderá, no seu caso, solicitar documentación acreditativa da necesidade de conciliación)

AUTORIZO [marcar con un "X" para autorizar]

- A **comprobación dos datos** necesarios de cara ó cumprimento dos requisitos establecidos na convocatoria.
- A **utilización dos datos persoais para posteriores comunicacións**, podendo exercer o dereito de acceso, rectificación, cancelación ou oposición ó tratamento dos mesmos conforme ó previsto na Lei Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Persoal e Garantía dos Dereitos Dixitais
- A **utilización de imaxes** desta actividade para promoción da mesma en prensa, páxinas web e publicacións municipais.
- As decisións médico-cirúrxicas que fose necesario adoptar en caso de extrema urxencia, baixo a dirección facultativa pertinente.

ACTIVIDADE	
HORA DE CHEGADA (indicar hora entre 7:30h e 9:00h)	
HORA DE RECOLLIDA (indicar hora entre 14:00 e 15:00h)	
DATOS DAS PERSOAS QUE AUTORIZO A RECOLLER A/AO MENOR PARTICIPANTE	
1. NOME E APELIDOS:	DNI-NIF/CIF/NIE:
2. NOME E APELIDOS:	DNI-NIF/CIF/NIE:
3. NOME E APELIDOS:	DNI-NIF/CIF/NIE:
4. NOME E APELIDOS:	DNI-NIF/CIF/NIE:
5. NOME E APELIDOS:	DNI-NIF/CIF/NIE:
DATOS DE SAÚDE (Intolerancias/ alerxias e/ou necesidades de apoio especial) IMPRESCINDIBLE ADXUNTAR INFORME MÉDICO	
INTOLERANCIA/S, ALERXIA/S, E/ OU NECESIDADE DE APOIO ESPECIAL DA PERSOA PARTICIPANTE:	MEDIDAS QUE SEXAN NECESARIAS TOMAR:

En _____, a _____ de _____ de 2024

Sinatura (nai, pai, titor/a legal, persoa acollidora):