



**Ceip
7Palmas**

C/ Las Borreras, 2 CP 35019 Las Palmas de GC
Tel. 646525066 - Correo ampaceipsietepalmas@outlook.es

SOLICITUD DE SOCIO

NOMBRE DEL ALUMNO/A:

Curso: _____ N° de socio: _____

Madre/tutora

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

Teléfono:

Correo:

Padre/tutor

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

Teléfono:

Correo:

Cuenta corriente La Caixa ES33 2100 1622 3102 0027 8915

Que, de acuerdo con lo que establece en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en nombre de **AMPA LUIS BRAILLE** la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado (**REALIZAR TAREAS PROPIAS DE GESTION ADMINISTRATIVA DE LA ASOCIACION PARA MANDAR INFORMACION A SOCIOS/AS ACERCA DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL AMPA, PAGOS Y COBROS**). Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación con nuestra Asociación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Los datos podrán ser cedidos, como encargados de tratamiento, a las empresas que se contraten para realizar las actividades extraescolares.

Usted tiene derecho a obtener confirmación si en AMPA LUIS BRAILLE estamos tratando sus datos personales. Por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios, a oponerse a la cesión de datos cuando no sea obligatorio y al derecho a portabilidad.

Asimismo se solicita su autorización *para la utilización de imágenes y videos, en la página web del Ampa.*

SI
NO

Autoriza que en caso de ser necesario ceder los datos a la empresa que realiza las actividades extraescolares.

SI
NO

Autoriza a estar integrado en un WHATSAPP para recibir información.

SI
NO

En _____ a ____ de _____ de _____

FIRMADO MADRE/TUTORA

FIRMADO PADRE/TUTOR

