



**Ceip
7Palmas**

SOLICITUD DE SOCI@ CURSO 2018/2019

NOMBRE ALUMN@ _____ Nº SOCIO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ CURSO _____

DIRECCIÓN _____

C.P. _____ LOCALIDAD _____

NOMBRE PADRE/TUTOR _____ DNI _____

NOMBRE MADRE/TUTORA _____ DNI _____

MÓVIL PADRE _____ E-MAIL _____

MÓVIL MADRE _____ E-MAIL _____

Ampa Luis Braille
C/ Las Borreras, 2
35019 – Las Palmas de Gran Canaria
Móvil – 646525066
E-mail – ampaceipsietepalmas@outlook.es

A efectos de lo dispuesto en la normativa vigente relativa a la ley de protección de datos de carácter personal, Ampa Luis Bralle le informa que sus datos están incorporados a un fichero automatizado de datos de carácter personal para realizar tareas propias de gestión administrativa de la asociación y mandar información a soci@s acerca de actividades realizadas por el ampa, pagos y cobros. Ampa Luis Braille se compromete al cumplimiento de su obligación de secreto de los datos de carácter personal y de su deber de guardarlos, y adoptará las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, excepto en los casos en que exista una obligación legal, habida cuenta en todo momento del estado de la tecnología. Así mismo, le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos por la citada normativa mediante petición escrita dirigida a la dirección anteriormente señalada.

En _____ a _____ de _____ 201

Firmado _____