

**Actividad en la que participo:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**1er APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**2do APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **C. Postal:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**MÓVIL:** \_\_\_\_\_ **E-MAIL:** \_\_\_\_\_

Le informamos que:

- Sus datos identificativos serán comunicados a las personas responsables de la actividad para que lleven a cabo la tarea que tienen encomendada.
- Sus datos podrán ser transmitidos a organismos oficiales, sanitarios o aseguradoras legalmente autorizados, en caso de necesidad.
- Hace extensiva esta autorización a todas las decisiones de seguridad y médico-quirúrgicas que deban adoptarse en caso de extrema gravedad, bajo la dirección facultativa pertinente. Incluido el traslado en vehículo privado destinado al uso de emergencias, con las medidas de seguridad pertinentes.
- De la misma forma, autoriza la publicación y utilización sin ánimo de lucro y conforme a la legislación vigente, por cualquier procedimiento o soporte, de su imagen, nombre y voz o de la imagen, para los fines propios y actividades organizadas por la Fundación Fase y las asociaciones que participan en la actividad, tanto en medios impresos como audiovisuales.
- Los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición), pueden ser ejercidos mediante escrito dirigido a Fundación FASE C/ Ríos Rosas, 44 A-Madrid ([fase@fasefundacion.org](mailto:fase@fasefundacion.org))
- Confirmando que tengo el documento de certificación de negativa del Registro Central de delincuentes sexuales, y lo llevo a la actividad en la que participo.

En ....., a ..... de ..... de 201...

Fdo.

Nombre y apellidos:

DNI: