

ANEXO I

MATRÍCULA CURSO PRIMEROS AUXILIOS
(Del 14 de marzo al 29 de marzo de 2020)

DATOS DEL ALUMNO/A:	
NOMBRE:	
APELLIDOS:	
DNI:	TELÉFONO:
DIRECCIÓN:	EDAD:
ESTUDIOS:	FECHA NACIMIENTO:
EMAIL:	

DATOS TUTOR/A O REPRESENTANTE LEGAL: (en caso de que el alumno/a sea menor de edad)	
NOMBRE:	
APELLIDOS:	
DIRECCIÓN:	EMAIL:
DNI:	TELEFONO:

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:		
NOMBRE:	PARENTESCO:	TELÉFONO:

<p>AUTORIZACIÓN REALIZACIÓN/PUBLICACIÓN FOTOGRAFÍAS/VIDEOS: Autorizo a SOS NORTE (Juan Ramón Iglesias Alonso y a Lucas García Acevedo), a realizar y publicar las fotografías y videos, en las que aparezca individual o colectivamente, mientras la realización del curso, por cualquier soporte o medio (redes sociales), impreso o digital, siendo la finalidad de dichas acciones la publicidad o promoción de dichos cursos formativos. <i>Todo ello con la única salvedad y limitación de aquellas utilizaciones o aplicaciones que pudieran atender contra el derecho al honor en los términos previstos en la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidación personal y familiar y a la Propia Imagen.</i></p> <p>Marque lo que proceda:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Autorizo a la realización y publicación las fotografías y videos, en las que aparezca individual o colectivamente, mientras la realización del curso.</p> <p><input type="checkbox"/> No. No autorizo la realización ni publicación de las fotografías y videos, en las que aparezca individual o colectivamente, mientras la realización del curso.</p>
--

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI. | <input type="checkbox"/> Fotografía. |
| <input type="checkbox"/> Pago en cuenta bancaria (Justificante). | <input type="checkbox"/> Pago en efectivo. |
| <input type="checkbox"/> Certificado Médico. | <input type="checkbox"/> Otros. |

AVISO. INFORMACIÓN:

Yo, D./DOÑA. _____ con DNI _____, alumno/a del curso de _____ y D./DOÑA. _____, con DNI _____, madre/padre, tutor/a, representante legal, DECLARO que son ciertos todos los datos facilitados, así como que estoy de acuerdo y se me ha facilitado toda la información relativa al curso.

Del mismo modo informo que no padezco enfermedad infectocontagiosa que me impida hacer practicas de Primeros auxilios con los distintos materiales con los que cuenta el centro.

He sido informado, igualmente, de que para superar el curso se debe asistir al 80% de las sesiones y, que el incumplimiento esta norma, justificada o no, supone la no certificación del curso sin devolución del importe de matricula.

Fdo.: _____
(Tutor/a legal)

Fdo.: _____
(El alumno/a)

AVISO. Protección de datos de carácter personal:

De conformidad con 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*, le comunicamos que:

Responsable:

SOS NORTE SC - NIF: J52571072
Dirección postal: CALLE RIO DE ORO 1 6A 33209 GIJON ASTURIAS
Teléfono:623190112 - Correo electrónico: info@sosnorte.es

“En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado, realizar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial 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. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en SOS NORTE SC nif J52571072, 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.

Asimismo, solicito su autorización para ofrecerle productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarle como cliente.”

SI

NO

Fdo.: _____
(El alumno/a)

Fdo.: _____
(Tutor/a legal)