



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN/RENOVACIÓN ACTIVIDADES PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD *Concejalía de Familia, Mujer y Servicios Sociales*

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (Padre/madre/ tutor/a legal del participante)				
Apellidos			Nombre	
Domicilio			Localidad	
C.P.		Parentesco con participante		
Teléfono			DNI/NIF	
Correo Electrónico				

2. DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE				
Apellidos			Nombre	
Domicilio				
Localidad			C.P.	
Fecha de Nacimiento			DNI/NIF	

3. ACTIVIDADES EN LAS QUE SOLICITA RENOVACIÓN		CUOTA
<input type="checkbox"/>	ARTES ESCÉNICAS - DANZA	Residentes en el municipio 75€ / Trimestre
		No residentes en el municipio 150€ /Trimestre
<input type="checkbox"/>	ARTES ESCÉNICAS – CANTO	Residentes en el municipio 60€ / Trimestre
		No residentes en el municipio 120€ /Trimestre
<input type="checkbox"/>	OCIO EN FINES DE SEMANA	Residentes en el municipio 60€ / Trimestre
		No residentes en el municipio 120€ /Trimestre
<input type="checkbox"/>	OCIO Y MEJORA DE LA AUTONOMÍA	Residentes en el municipio 60€ / Trimestre
		No residentes en el municipio 120€ /Trimestre
<input type="checkbox"/>	HABILIDADES SOCIALES Y PROTOCOLO	Residentes en el municipio 60€ / Trimestre
		No residentes en el municipio 120€ /Trimestre
<input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD FÍSICA SALUDABLE	Residentes en el municipio 50€ / Trimestre
		No residentes en el municipio 100€ /Trimestre
<input type="checkbox"/>	EXPRESIÓN PLÁSTICA CREATIVO	Residentes en el municipio 60€ / Trimestre
		No residentes en el municipio 120€ /Trimestre
<input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ACUÁTICA ADAPTADA	Residentes en el municipio 78€ / Trimestre
		No residentes en el municipio 195€ /Trimestre
<input type="checkbox"/>	CLUB DE LECTURA FÁCIL	Actividad Gratuita
<input type="checkbox"/>	PROGRAMA DE APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO A LA INCLUSIÓN SM	Actividad Gratuita
<input type="checkbox"/>	ACTIVIDADES TRIMESTRALES Y/O PUNTUALES	Taller:
		Cuota:



4. DATOS BANCARIOS DEL TITULAR DE LA CUENTA			
Nombre y Apellidos			
NIF		Entidad Bancaria	
Dirección			

Autorizo al Ayuntamiento a que haga uso de los datos bancarios ya facilitados para el cobro de esta actividad.

IBAN	Banco/Caja	Sucursal	DC	Nº Cuenta Cliente

5. CONSULTAS		
<p>El Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón recabará los datos que se indican, eximiéndole de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y/o facilitando su consentimiento en aquellas consultas que lo requieran. Podrá oponerse a la consulta de los datos en los términos expuestos en la cláusula de protección de datos de estas actividades.</p> <p>En el caso de no autorizar las consultas que así lo requieran, deberá aportar los correspondientes documentos acreditativos.</p>		
DATOS A CONSULTAR	ORGANISMO AL QUE SE REALIZA LA CONSULTA	
Volante de empadronamiento del participante	Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón	
DNI/ NIE/ NIF del participante	Dirección General de Policía	
6. AUTORIZACIONES		
<p>D/D<sup>a</sup> _____ con DNI/NIF/NIE _____ como padre/madre/tutor legal, autorizo a mi hijo/a/tutelado/a que asista a esta actividad, organizada por la Concejalía de Familia, Mujer y Servicios sociales, así como a:</p>		
* A coordinarse con equipos implicados (centros públicos, privados y concertados) en la atención del participante para intercambiar datos personales e información que favorezca atención más adecuada e igualar criterios.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
* A que se consulte el certificado de discapacidad del participante ante la Comunidad de Madrid.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
* A recibir información municipal.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
* A que durante la actividad puedan captarse fotografías, audios y/o videos del participante con la finalidad de otorgar publicidad y difusión a esta actividad y sus futuras ediciones.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
* A que se puedan publicar fotografías, audios y/o videos del participante en la página web municipal, medios publicitarios, así como en medios o canales de comunicación (incluidos los digitales y redes sociales), con la finalidad de otorgar publicidad y difusión a esta actividad y sus futuras ediciones.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
* Consentimiento informado en lo relativo a la aceptación de la normativa vigente en materia de prevención de contagios por COVID-19.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

7. Recogida del menor por personas distintas de su padre/madre o tutor legal		
Autorizo la recogida de mi hijo/a, tutelado/a, en los horarios establecidos y tras la presentación del DNI, a las siguientes personas (no se entregará a ningún menor a las personas que no consten en la autorización)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
NOMBRE:	DNI:	
NOMBRE:	DNI:	
NOMBRE:	DNI:	
Autorizo a mi hijo a regresar a su domicilio sin compañía adulta al finalizar diariamente la actividad.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



Los firmantes, mediante la suscripción de este formulario, prestan su consentimiento explícito para que sus datos personales facilitados y los de la persona a la que representa, los documentos adjuntos y los resultantes de las consultas autorizadas, todos ellos aportados voluntariamente, sean tratados por la Concejalía de Familia, Mujer y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, como responsable del tratamiento, con la finalidad de tramitar la solicitud de Inscripción y/o renovación de actividades del programa de atención a la discapacidad, así como para enviarle información municipal a través de medios electrónicos, sin que los datos de este cuestionario sean comunicados salvo los autorizados por usted y los previstos legalmente. Los datos serán conservados durante el periodo necesario para cumplir con la finalidad pretendida y los plazos establecidos legalmente.

Del mismo modo, declaran haber sido informados sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión ("derecho al olvido"), limitación del tratamiento y solicitar la portabilidad de sus datos, así como revocar el consentimiento prestado mediante el Registro Electrónico o dirigiéndose por escrito al Registro General del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón (Plaza Mayor, nº1-28223 Madrid) acreditando su identidad. Podrá consultar la Política de Privacidad en [www.pozuelodealarcon.org](http://www.pozuelodealarcon.org).

En el caso de incluirse datos de carácter personal de personas físicas distintas a las personas que lo firman deberán, con carácter previo a su inclusión, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores y poseer su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos.

En Pozuelo de Alarcón, a..... de..... de 20.....

Participante o representante legal

Titular de la cuenta (cumplimentar  
**únicamente** en caso de que sea distinto al  
participante o al representante legal)

Fdo. : .....

Fdo.: .....