

SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN VISITAS CULTURALES SEMANA SANTA 2024

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

Concejalía de Familia y Atención a la Discapacidad

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. PROPUESTAS ACTIVIDAD Y DÍAS. Marque en orden de preferencia las actividades que les interesen. Si no se cumplimenta de ese modo se entenderá que lo consideran indiferente.	
☐	LUNES 25 DE MARZO. VISITA A LA EXPOSICIÓN MUNDO PIXAR- IFEMA. Horario 9:30 a 14:00 h. Cuota: 15€ empadronados/ 30€ no empadronados. <i>Seleccionar en el recuadro orden de prioridad (1, 2 o 3)</i>
☐	MARTES 26 DE MARZO. VISITA A ATLANTIS AQUARIUM ARROYOMOLINOS. Horario 9:30 a 14:00 h. Cuota: 15€ empadronados/ 30€ no empadronados. <i>Seleccionar en el recuadro orden de prioridad (1, 2 o 3)</i>
☐	MIÉRCOLES 27 DE MARZO. VISITA AL MUSEO DE CIENCIAS NATURALES MADRID. Horario 9:30 a 14:00 h. Cuota: 15€ empadronados/ 30€ no empadronados. <i>Seleccionar en el recuadro orden de prioridad (1, 2 o 3)</i>
☐	NECESIDAD DE HORARIO AMPLIADO desde las 9:00 <i>Marcar con una X en el caso de que esté interesado</i>

**La configuración de los grupos se realizará adecuándolos entre otros a la edad y previa valoración técnica.*



4. OTRAS ESPECIFICACIONES

Sufre convulsiones	Sí ☐	No ☐	Controladas con medicación	Sí ☐	No ☐
Tipo de discapacidad				Grado	
Sufre ausencias	Sí ☐	No ☐	Observaciones:		
Es alérgico a algún medicamento	Sí ☐	No ☐	En caso afirmativo indicar cuál:		
Sufre algún otro tipo de alergia	Sí ☐	No ☐	En caso afirmativo, indicar cuál:		
Es celíaco	Sí ☐	No ☐	Observaciones:		
Otras observaciones:					
Precisa medicación de rescate:	Sí ☐	No ☐			
<i>*En caso afirmativo deberá aportarse informe médico con medicación y pauta:</i>					

5. CONSULTAS

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.

En el caso de no autorizar las consultas que así lo requieran, deberá aportar los correspondientes documentos acreditativos.

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
Certificado de discapacidad	Comunidad de Madrid

6. AUTORIZACIONES

D/Dª _____ 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 y Atención a la Discapacidad, así como a:

* A coordinarse con equipos implicados (centros públicos, privados y concertados) en la atención del participante para intercambiar datos personales e información que favorezca la atención más adecuada e igualar criterios.	Sí ☐	No ☐
* A recibir información municipal.	Sí ☐	No ☐
* A que durante la actividad puedan captarse fotografías, audios y/o vídeos del participante con la finalidad de otorgar publicidad y difusión a esta actividad y sus futuras ediciones.	Sí ☐	No ☐
* A que se puedan publicar fotografías, audios y/o vídeos 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 ☐	No ☐

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 participante a las personas que no consten en la autorización)	Sí ☐	No ☐
--	-----------------------------	-----------------------------



NOMBRE:	DNI:		
NOMBRE:	DNI:		
NOMBRE	DNI:		
Autorizo a mi hijo a regresar a su domicilio sin compañía adulta al finalizar diariamente la actividad.		Sí ☐	No ☐

Responsable del tratamiento: Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, Concejalía de Familia, Mujer y Atención a la Discapacidad, Plaza Mayor, nº1 – 28223 Madrid. Contacto Delegado de Protección de Datos: Registro general del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, Plaza Mayor, nº 1, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). **Finalidades principales del tratamiento:** Tramitación, evaluación y gestión de la solicitud de inscripción en la actividad. En caso de admisión, gestión integral de la participación en la actividad. **Finalidades adicionales del tratamiento:** Captación de imágenes y audios para publicidad y difusión de la actividad presente y de futuras ediciones. Las imágenes y audios podrán ser publicados en la página web municipal, medios publicitarios y medios o canales de comunicación (incluidos los digitales y redes sociales) del Ayuntamiento. Este tratamiento implica la cesión de derechos sobre las imágenes, a título gratuito, sin contraprestación económica alguna y sin límite temporal por lo que ha de considerarse como indefinida. El ámbito territorial de esta cesión, al tratarse de su difusión por Internet, será a nivel internacional. Envío de información municipal. **Plazos de conservación de la información:** Los datos serán conservados durante los plazos necesarios para cumplir con la finalidad mencionada y los establecidos legalmente, así como la prescripción de acciones legales que le sean de aplicación. Los datos para envíos municipales y las imágenes se conservarán hasta que el interesado no solicite su supresión. **Legitimación para el tratamiento de datos personales:** el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos y para los datos de salud basados en la necesidad del tratamiento con fines de prestación de asistencia o gestión de los sistemas y servicios de tipo sanitario o social (artículo 9.2.h del RGPD). Para la captación y difusión de imágenes y para el envío de información municipal la base de legitimación es el consentimiento del interesado y/o sus representantes legales. **Destinatarios de cesiones o transferencias internacionales de datos:** Autoridades sanitarias, si la situación sanitaria así lo requiriera y entidades aseguradoras, en caso de necesidad de tramitación de seguros de responsabilidad civil. **Derechos de los interesados:** Los interesados pueden 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). Asimismo, tienen derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es). Puede consultar la Política de Privacidad del Ayuntamiento en www.pozuelodealarcon.org/legal/politica-de-privacidad. En el caso de que se faciliten datos de carácter personal de personas físicas distintas a las personas que firman este documento deberán, con carácter previo a su inclusión, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores y poseer su consentimiento expreso para la comunicación de datos al Ayuntamiento.

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

Participante o representante legal

Fdo. :