COLEGIO LOCALIDAD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. DATOS DEL ALUMNO/A** |  |  |
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: |
| NOMBRE: | F. NACIMIENTO: | CURSO: |
| ALERGICO: |  |  | SI/NO | TIPO DE ALERGIA: |

**AUTORIZO** el tratamiento de los datos indicados a continuación, para ofrecer un servicio personalizado adecuado a las necesidades particulares:

**SÍ    NO** Datos relativos a alergias u otras patologías.

**SÍ    NO** Datos relativos a creencias religiosas que requieran de su conocimiento para ofrecer una dieta concreta.

|  |
| --- |
| **2. DATOS FAMILIARES: PADRE / MADRE / TUTOR/ TUTORA** (rodee lo que proceda) |
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: |
| NOMBRE: | DNI: | TE ÉFONO: |
| DIRECCIÓN |
| POBLACIÓN: | PROVINCIA: | CÓD. POSTAL: |
| EMAIL: |

|  |
| --- |
| **3. SERVICIOS QUE SOLICITA:** |
| **COMIDA** (señale el servicio que solicita con una x): |
| **HABITUAL**(todos los días del mes) |  | **ESPORÁDICO**(uso ocasional) |  | **DÍAS CONCRETOS**(algunos días de la semana) | **L** | **M** | **X** | **J** | **V** |
| **AULA MATINAL** (señale el servicio que solicita con una x): |
| **HABITUAL**(todos los días del mes) |  | **ESPORÁDICO**(uso ocasional) |  | **DÍAS CONCRETOS**(algunos días de la semana) | **L** | **M** | **X** | **J** | **V** |
| **FECHA INICIO COMIDA:** |  | **FECHA INICIO AULA:** |  |

|  |
| --- |
| **4. DOMICILIACIÓN BANCARIA** |
| **AUTORIZO** que los recibos de los servicios solicitados en el centro: sean cargados en la siguiente cuenta, así como la domiciliación de adeudo directo SEPA B2B |
| **ENTIDAD BANCARIA:** |
| **TITULAR DE LA CUENTA:** | **DNI DEL TITULAR:** |
| **CÓDIGO IBAN:** |
| Código país + DC IBAN | Entidad | Oficina | D.C. | Número de cuenta |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Acepto el tratamiento de datos personales en los términos citados en el reverso de esta inscripción.**

En , a de de 20

**Firmado:**

INSTRUCCIONES:

1. Complete la ficha con todos los datos que se le requieren.
2. Entregue la ficha a la secretaría / dirección del centro.
3. Para darse de baja del servicio, es necesaria la comunicación previa de la baja con 5 días de antelación, presentando la solicitud correspondiente.

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable del tratamiento** | PROYECTO LABOR, S.L |
| **Finalidades** | Prestación del servicio solicitado, gestión y cobro del mismo. |
| **Legitimación** | Consentimiento expreso del interesado para el tratamiento de datos de salud y creencias religiosas para proporcionar una dieta específica en función de los mismos.Ejecución de un contrato. |
| **Destinatarios** | No serán cedidos a terceros salvo obligación legal |
| **Plazo de conservación** | Los datos del interesado serán conservados mientras exista un interés mutuo para ello. |
| **Derecho** | Acceso, rectificación y supresión, así como otros derechos, tal y como se explica en lainformación adicional. |
| **Información Adicional** | Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos ennuestra política de privacidad. |