



Ilmo. Sr. Alcalde Presidente del Excmo. Ayuntamiento de A Coruña

Nº Pre-inscripción

Se ruega cumplimentar los datos de manera clara y en letra mayúscula

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Domicilio		
Municipio	Provincia	C.P.
N.I.F. o equivalente:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Correo electrónico:	Telf. Fijo:	Telf. Móvil:
Empadronado/a en el Ayuntamiento de A Coruña: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

El/la abajo firmante declara ser ciertos los datos facilitados. En el caso de que por el Servicio correspondiente se comprobare lo contrario, no se tendría en cuenta su solicitud.

En cumplimiento del art. 5 de la L.O. 15/1999, se informa que los datos recabados pasarán a formar parte de un fichero, cuyo responsable es el Ayuntamiento de A Coruña y cuya finalidad prevista es la gestión de las actividades organizadas por los Servicios Sociales del Ayuntamiento.

Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativos al tratamiento de este fichero podrán ejercerse a través del Registro General del Ayuntamiento de A Coruña (Pza. María Pita, 1) en los términos previstos por la L.O. 15/1999.

A Coruña _____ de _____ de _____
Firma

Solicita

Participar en las actividades que se desarrollarán en el Centro Cívico Municipal de _____

Actividad por orden de preferencia	A Cumplimentar por la Administración en el momento de la inscripción
1	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

A FIRMAR EN CASO DE SOLICITUD DE ACTIVIDADES FÍSICAS (mayores de edad)

El/la abajo firmante declara que no padece dolencia o enfermedad que pudiera provocarles riesgos para la salud en el desarrollo de actividades físicas.

Fdo. D.N.I.:

AUTORIZACIÓN FAMILIAR (A cumplimentar cuando la solicitud de pre-inscripción sea de menores)

Autorizo a mi hijo / hija: _____ a participar en las actividades de _____
_____ organizadas por el Centro Cívico Municipal de _____ y declaro que no padece

dolencia o enfermedad que pudiera suponerle un impedimento o provocarles riesgos para la salud en el desarrollo de actividades físicas.

En caso de no poder acudir a recoger a mi hijo/a, al finalizar la actividad:

Autorizo a _____ para poder hacerse cargo del mismo o de la misma en mi ausencia.

Doy mi autorización para regrese por su cuenta a casa

Observaciones:

• Padece alguna enfermedad: SI NO • Medicación: SI NO • Alergias: SI NO

• En caso de que se den las circunstancias anteriores, especificar _____

Otras observaciones: _____

Fdo. madre/padre/tutor/a

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA LA RECEPCIÓN DE MENSAJES MÓVILES Y LA DIFUSIÓN DE LA IMAGEN PERSONAL

SI NO Autorizo a que el Ayuntamiento de A Coruña me envíe mensajes de móvil que contengan información sobre las actividades socioculturales de los centros cívicos municipales

SI NO Autorizo la difusión de mi imagen personal en medios de comunicación, con fines divulgativos y sin ánimo de lucro.

A cumplimentar por la administración