

Como muestra de nuestro compromiso y aprecio por la naturaleza, le rogamos que evite imprimir este documento siempre que sea posible. Cumpliméntelo en línea y envíelo por correo electrónico a contacto@cdutbs.org. Al elegir las opciones digitales, estarás contribuyendo a la protección del medio ambiente.

Gracias por su colaboración.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS, IMÁGENES Y SALUD

C.D. ULTRA TRAIL SIERRA BLANCA es el responsable del tratamiento de sus datos personales y le informa de que se tratarán de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), con el consentimiento del representante legal del interesado, siendo la finalidad del tratamiento la realización de actividades de ocio y formación. Sus datos se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y no se comunicarán a terceros sin su consentimiento, salvo al personal médico que participa en los eventos/actividades organizadas por el responsable, en aras de poder atender las urgencias médicas que ocurran con la mayor rapidez posible y de forma personalizada, atendiendo a las necesidades y alergias de cada participante. También bajo obligación legal.

Derechos que le asisten: Derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de los datos, y de limitación u oposición al tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Podrá ejercer los derechos a CALLE SAN BERNABÉ, 4 2B - 29603 MARBELLA (Málaga). E-mail: contacto@cdutbs.org.

Sí No AUTORIZO LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

- Participar de las actividades del Responsable.
- En caso de necesidad, llevarlo al médico acompañado por educadores/as, voluntarios o personal autorizado del responsable.
- Recibir información sobre las actividades y eventos del Responsable.
- Grabación de imágenes y vídeos de las actividades para ser colgados en medios propios del Responsable.

Se tratarán datos médicos de los participantes, los necesarios para poder suministrar algún tipo de medicamento necesario y poder organizar según los alérgenos, comidas y medicamentos o tratamientos a aplicar en caso de emergencia.

Yo D/Dª _____

con NIF / NIE / Pasaporte Nº _____

con domicilio a _____ núm. _____,

CP _____, Población _____, consiento el tratamiento de los datos en los términos expuestos.

MARBELLA, en fecha _____

Firma: _____