

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE SALUD

D./D^a..... con

DNI nº.....

Participante en los Talleres de CEAS en el curso 20 /20 , en la actividad:

TALLER DE ED. FÍSICA TALLER DE EST. MOTRIZ TALLER DE PILATES

DECLARA: Que habiendo consultado con su médico de cabecera sobre la posibilidad de realizar actividades arriba mencionadas, este le ha indicado que no existe impedimento alguno para su realización en cuanto a su salud se refiere.

Que en consecuencia se responsabiliza totalmente de los daños o perjuicios que pudieran ocurrir como consecuencia de la práctica de esta actividad, eximiendo en todo caso, de toda responsabilidad a los C.E.A.S del Ayto. de Aranda de Duero.

Y para que conste firmo la presente en

Aranda de Duero, a de 20

Firma

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales, quien firma queda informado y acepta que los datos de carácter personal solicitados y facilitados en este impreso y la documentación adjunta serán tratados por la Concejalía de Acción Social, Mujer Salud e Igualdad de Oportunidades del Ayuntamiento de Aranda de Duero, con la finalidad de incorporar sus datos de contacto para las funciones propias de la actividad y gestión administrativa. Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679 y contactar con el delegado de protección de datos a través de la dirección protecciondedatos@arandadeduero.es. Responsable de los datos: Ayuntamiento de Aranda de Duero (P0901800C), plaza Mayor 1, 09400 Aranda de Duero (947 500 100)