AYUNTAMIENTO Aranda de Duero
Concejalía de Acción Social

Fecha ___/____20

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y DOMICILIACIÓN DE PAGO TALLERES DE ANIMACIÓN COMUNITARIA CURSO:20___/20___

NOMBRE:_____APELLIDOS:_____EDAD:_____

DOMICILIO:_____

N.I.F.										

EMPADRONADO/A EN ARANDA DE DUERO: □ SI □ NO

TELÉFONOS: _____

E-MAIL:_____

	TURNO Nº	NOMBRE DEL TALLER O CURSO	DÍAS DE LA SEMANA	HORARIO	LUGAR DE REALIZACIÓN
1					
2					
3					

IBAN				CUENTA CORRIENTE BANCARIA																			

AUTORIZO el cargo de los precios públicos vigentes en la Ordenanza reguladora del precio público de los Servicios de los Centros de Acción Social y de la Concejalía de Salud del Ayto. De Aranda de Duero, publicada en el B.O.P con fecha de 11 de octubre de 2012, num. 193) u Ordenanza municipal que la sustituya.

Nombre y Apellidos del titular de la cuenta:_____

N.I.F. nº:_____

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA de PAGO ÚNICO. Mediante firma de esta orden de domiciliación, el/a deudor/a autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor/a para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el/a deudor/a está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener más información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Firma del/ de la Titular de la Cuenta

El/a firmante conoce y acepta las normas de inscripción y los reglamentos

La cuenta bancaria facilitada por el/a usuario/a tendrá la consideración de cuenta bancaria a todos los efectos del Ayuntamiento de Aranda de Duero.

Documentación que debe adjuntarse:

-Certificado de cuenta o fotocopia de la cartilla donde aparecen los titulares y número completo de la cuenta.
-Fotocopia del D.N.I.
-Declaración responsable COVID-19 (entregar primer día de clase)
-Declaración responsable de salud (talleres de educación física, estimulación motriz e iniciación yoga-pilates
-Certificado del ECyL de estar en desempleo (en caso de que fuese necesario).
☐Autorizo a fijar y reproducir mi imagen y ser utilizada en los medios municipales de difusión de la actividad.

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)

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA: TALLER / CURSO EN EL QUE TE INSCRIBES CURSO 20……-20……..

Nombre y Apellidos:_____FECHA:_____

	TURNO Nº	NOMBRE DEL TALLER O CURSO	DÍAS DE LA SEMANA	HORARIO	LUGAR DE REALIZACIÓN
1					
2					
3					