

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE SALUD

D./D<sup>a</sup>..... 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 YOGA-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](mailto:protecciondedatos@arandadeduero.es). Responsable de los datos: Ayuntamiento de Aranda de Duero (P0901800C), plaza Mayor 1, 09400 Aranda de Duero (947 500 100)