

SOLICITUD DE ALTA

DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NIF/NIE: | Fecha de nacimiento | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Centro de estudios | Localidad | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

DATOS DE LOS TUTORES

Tutor1:

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NIF/NIE: | Fecha de nacimiento | Teléfono fijo |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Teléfono móvil | Correo electrónico | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Tutor2:

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NIF/NIE: | Fecha de nacimiento | Teléfono fijo |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Teléfono móvil | Correo electrónico | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

DOMICILIO

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Dirección | Núm. | Esc. | Piso | Letra |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Código Postal | Población | Provincia | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

DATOS BANCARIOS

D./D.^a _____, con
DNI _____, mediante la presente orden de domiciliación, **AUTORIZO:**





El pago de los recibos que a partir de la presente fecha emita la asociación **Trastorno del Espectro Autista Mesa de Ocaña (G45911120)**, en la cuenta que poseo en la entidad _____ con número IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|













Asimismo, le indico que pueden remitir copia de las facturas emitidas a mi nombre a la dirección de correo electrónico _____.

NORMAS ASISTENCIA ACTIVIDADES

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

-  No ausentarse del centro sin permiso de la persona responsable.
-  Aceptar las consignas de los profesionales, monitores y voluntariado que velan por la seguridad de todos y todas.
-  El cumplimiento del desarrollo del Plan de Emergencia, aceptando las medidas para garantizar la seguridad de todas las personas.
-  El incumplimiento de normas, se regirá según lo expuesto en los estatutos, aceptando las sanciones que pudieran corresponder.

TE COMPROMETES A:

-  Respeto, buen uso y limpieza del material e instalaciones.
-  Asistencia puntual a las actividades.
-  Los familiares no deben ausentarse del municipio donde se desarrollen las sesiones con las personas beneficiarias.
-  Comunicar cualquier tipo de anomalía que sea importante para el/la profesional.
-  Estar al corriente de las cuotas asociativas que se establezcan.
-  Acudir a las actividades con las medidas higiénicas estipuladas.
-  Traer el material necesario a las actividades.
-  No agredir, insultar ni humillar. Respetar a otros compañeros/as, y/o familiares, voluntariado y personal de la entidad.
-  No discriminar por razón de raza, sexo, condición o religión.
-  Respetar las pertenencias de los demás.
-  No comer en los recintos no habilitados expresamente para ello.
-  Participar activamente en las actividades que se propongan por parte del equipo de profesionales, monitores y voluntariado.

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE SOLICITUD DE ATENCIÓN PRESENCIAL EN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA MESA DE OCAÑA

D./Dña. _____, con D.N.I _____ como padre/madre, tutor/a representante legal del beneficiario/a _____,

DECLARO RESPONSABLEMENTE:

Que, en el momento actual, desea incorporarse o reincorporarse a la atención presencial que su hijo/a o tutelado/a tiene otorgada en **TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA MESA DE OCAÑA** y, a tal efecto, manifiesta:

- ✿ Que su hijo/a o tutelado/a **no ha sido diagnosticado de COVID-19 en los últimos 10 días**, ni ha estado en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19 en los últimos 10 días.
- ✿ En el caso de haber padecido COVID-19 aportará **informe médico de alta y de haber cumplido el posterior periodo de aislamiento**.
- ✿ Que el padre/madre/representante legal, y la propia persona con discapacidad, en la medida en que tiene edad y capacidad natural para entenderlo, **han recibido de la entidad titular del centro/servicio información sobre las medidas y los protocolos de protección y prevención frente a la COVID-19 que se aplican en éste y lo asume**.
- ✿ Que es **plenamente consciente de la situación actual de crisis sanitaria de la COVID-19, y de los riesgos** que el desconfinamiento y el progresivo retorno a la normalidad pueden conllevar, **y asume la responsabilidad** que de ello pueda derivarse con motivo del reingreso de su hijo/a tutelado/a en el centro/servicio.
- ✿ Como medida de prevención contra la expansión de la COVID-19 **autoriza expresamente que pueda medirse la temperatura de su hijo/a o tutelado/a a su entrada al centro/servicio**. Los datos de la temperatura se obtendrán solo con la finalidad específica de aplicar las indicaciones recomendadas por la Comunidad de Castilla La Mancha, sin que esos datos sean utilizados para ningún otro fin. **En caso de presentar temperatura igual o mayor a 37,5 ° no podrá acceder al centro/servicio.**
- ✿ Por la presente, **renuncio, exonero, eximo, dispenso, y libro de toda responsabilidad a la ASOCIACIÓN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA MESA DE OCAÑA (incluyendo a la Junta Directiva, profesionales que colaboran prestando servicios a los beneficiarios de la asociación y voluntarios)** de cualquier responsabilidad o toda responsabilidad asociada con cualquier daño/lesión del beneficiario participante, incluyendo las lesiones personales, la enfermedad e incluso la muerte, la pérdida de ingresos u oportunidad educativa, los daños a la propiedad y toda pérdida, todos los daños, los costos, las responsabilidades u obligaciones o reclamos de cualquier naturaleza derivado(s) de, o relacionadas con, o de cualquier otra forma conectada, con el uso del beneficiario participante de los recintos, las instalaciones y la participación en las actividades.

✿ **Uso obligatorio de mascarilla excepto en casos excepcionales.**

✿ Los síntomas con los que **NO DEBEN** acudir al centro educativo los alumnos son: fiebre o febrícula (>37.2), tos, congestión nasal, dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor torácico, dolor de cabeza, dolor abdominal, vómitos, diarrea, dolor muscular, malestar general, lesiones o manchas en la piel, disminución del olfato y/o gusto, escalofríos.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

AUTORIZO expresamente y de conformidad con lo dispuesto en el *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016* y la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales* a Trastorno del Espectro Autista Mesa de Ocaña, como Responsable del tratamiento de los datos de carácter personal, para tratar estos datos con la finalidad de poder remitirle información relevante relacionada con las actividades de la asociación **a través de cualquier medio y forma de comunicación, lo que incluye la cesión de estos datos de carácter personal a terceros** como pueden ser administraciones públicas, personas físicas o personas jurídicas con las que la asociación alcance **acuerdos o convenios** y hasta que se retire la presente autorización expresa, o bien se solicite por escrito la baja como miembro de la asociación.

Asimismo, en cumplimiento de la normativa antes citada, **se necesita disponer de la autorización expresa de las personas que ostentan la representación legal (padres o tutores) del menor para el tratamiento de su imagen (fotografía)** cuando aparezcan tanto individualmente como en grupo junto con otros niños/as participantes en alguna de las actividades propias de la asociación.

Por ello, se solicita su consentimiento, con la FINALIDAD de llevar a cabo:

- ✿ La **captación y difusión de las imágenes** de los/as menores que participen en las actividades de la asociación con el fin de promocionar las mismas.

Este material gráfico será publicado en:

- ✿ En **cualquier medio y forma de comunicación** utilizada por la asociación, lo que incluye **aplicaciones de mensajería instantánea, perfiles de redes sociales y la página web** de Trastorno del Espectro Autista Mesa de Ocaña.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

1. Responsable del tratamiento de sus datos

- ✿ **Responsable:** TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA MESA DE OCAÑA.
- ✿ **Domicilio social:** Centro Cívico Adolfo Suárez, Plaza de la Constitución, 45350, Noblejas (Toledo).
- ✿ **Contacto Delegado de Protección de Datos:** protecciondedatos@tea-mo.es

2. ¿En qué actividad de tratamiento están incluidos mis datos personales y con qué fines se tratarán?

Sus datos serán tratados con la finalidad de poder remitirle información relevante relacionada con las actividades de la asociación, lo que incluye la cesión de estos datos de carácter personal a terceros como pueden ser administraciones públicas, personas físicas o personas jurídicas con las que la asociación alcance acuerdos o convenios.

Asimismo, los datos relativos a la imagen de los menores serán utilizados con el fin de promocionar las actividades llevadas a cabo por la asociación para el desarrollo de su actividad.

3. ¿Cuál es la legitimación en la cual se basa la licitud del tratamiento?

La base legal para el tratamiento de sus datos es: el consentimiento expreso.

4. ¿Cómo ejercer sus derechos? ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 11.2.C de la [Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales](#) en concordancia con los artículos 15 a 22 del [Reglamento \(UE\) 2016/679](#), se le informa que puede ejercitar, si lo desea, los derechos de acceso, rectificación y supresión de datos (derecho al olvido), así como solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales, la notificación relativa a la rectificación o supresión de datos personales o la limitación del tratamiento, la portabilidad de los datos, la oposición al tratamiento de los datos, así como a no ser objeto de una decisión individual basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles.

Puede ejercer sus derechos dirigiéndose a Asociación TEA-mo con dirección en Plaza de la Constitución, 1 - Centro Cívico Adolfo Suárez, 45350, Noblejas (Toledo) o nuestro correo electrónico protecciondedatos@tea-mo.es.

5. Tratamientos que incluyen decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, con efectos jurídicos o relevantes.

No se realizan.

6. ¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos personales?

Los datos personales proporcionados se conservarán por el siguiente periodo:

Los datos se mantendrán durante el tiempo que sea necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

7. ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

Administraciones públicas, personas físicas o personas jurídicas con las que la asociación alcance acuerdos o convenios.

8. Derecho a retirar el consentimiento prestado para el tratamiento en cualquier momento.

Cuando el tratamiento esté basado en el consentimiento explícito, tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada.

9. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos <https://www.aepd.es> si no está conforme con el tratamiento que se hace de sus datos personales.

10. Categoría de datos objeto de tratamiento.

Datos de carácter identificativo, Características personales, Datos académicos y profesionales, Imagen.

11. Fuente de la que procedan los datos.

Interesado y Terceros.

12. Información adicional.

Pueden consultar la información adicional y detallada de la información y de la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <https://www.aepd.es>.

Y para que conste, una vez leída y en prueba de conformidad con todos sus apartados, se firma la presente solicitud de alta como asociado/a.

En _____ a ____ de _____ de 20 ____.

Fdo. Tutor 1:

Fdo. Tutor 2:

DNI Tutor 1:

DNI Tutor 2: