

ACTIVITAT Documental VOLAR. (menors)

DADES DEL/LA PARTICIPANT		
Nom:	Cognoms:	
Adreça:		
Població:	CP:	Data de naixement:
DNI/NIE:	Adreça electrònica:	
Telèfons de contacte:		

Jo, _____ amb DNI/NIE _____, autoritzo a participar en l'activitat **Documental VOLAR** organitzada per la Regidoria d'Acció Comunitària, Participació i Igualtat per al dimecres 2 de desembre, la persona menor que tinc al meu càrrec i que respon a les dades personals anteriors.

Així mateix, declaro que,

Sóc coneixedor/a del dret que l'assisteix a la pròpia imatge, reconegut a l'article 18.1 de la Constitució espanyola i regulat per la Llei 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, i dono el meu consentiment i autorització a l'Ajuntament de Valls i a la Regidoria d'Acció Comunitària, Participació i Igualtat que la meua imatge pugui aparèixer en les fotografies i/o filmacions de l'activitat en documents d'ús intern, així com la inserció d'aquestes imatges en la web i altres mitjans de comunicació, incloses les xarxes socials: Sí No

Requisits per fer l'activitat:

- Absència de simptomatologia compatible amb el COVID-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o qualsevol altre quadre infecciós.
- No ser o haver estat positiu per al SARS-Cov 2 durant els 14 dies anteriors.
- No haver estat en contacte estret amb positiu confirmat o simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors.
- No patir cap malaltia crònica d'elevada complexitat que pugui augmentar el risc de gravetat en cas de contraure la infecció per SARS-CoV2. (malalties respiratòries greus que precisen medicació o dispositius de suport ventilatori, malalties cardíques greus, malalties que afecten al sistema immunitari, diabetis mal controlada i malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus.
- Acceptació de les mesures personals d'higiene i prevenció davant del COVID-19 que indiqui el/la responsable de l'activitat. Sí No

Eximeixo de tota responsabilitat l'organització en el cas que no compleixi els requisits especificats al paràgraf anterior. Sí No

En virtut de la normativa de Protecció de Dades de Caràcter Personal, per la present autoritzo que les dades personals facilitades siguin incorporades en un fitxer denominat Igualtat responsabilitat de l'Ajuntament de Valls, i seu social a Plaça del Blat, 1 de 43800 Valls.

La finalitat d'aquest tractament és la de gestionar la seva participació en l'activitat de cara a la traçabilitat COVID. Aquestes dades no seran transmeses a terceres persones, llevat de les autoritats sanitàries, i seran conservades durant 30 dies.

En qualsevol cas podrà indicar la revocació del consentiment atorgat, així com exercitar els drets d'accés, rectificació o supressió, la limitació del tractament o oposar-se, així com el dret a la portabilitat de les dades. Aquestes peticions caldrà que es faci en Plaça del Blat, 1 de 43800 Valls o igualtat@valls.cat.

Així mateix també podrà presentar una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de dades o posar-se en contacte amb el Delegat de protecció de dades per tal de resoldre els seus dubtes dpd@valls.cat.

I, perquè així consti, signo el present document al lloc i dates indicats.

Signatura

Valls, _____ de _____ de 20__