



**Inscripción para curso
de Manipulador de Alimentos**

DATOS DE EL/LA SOLICITANTE			
NOMBRE Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL:		DNI / NIE / Pasaporte / CIF:	
DOMICILIO:		Nº:	SEXO (M/F):
MUNICIPIO:	PROVINCIA:	C.P.:	TELÉFONO:
DATOS DE EL/LA REPRESENTANTE			
NOMBRE Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL:		DNI / NIE / Pasaporte / CIF:	
DOMICILIO:		Nº:	SEXO (M/F):
MUNICIPIO:	PROVINCIA:	C.P.:	TELÉFONO:
LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN			
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica.			
DOMICILIO:			
MUNICIPIO:	C.P.:	PROVINCIA:	
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@, estando de alta en dicho sistema para que se pueda efectuar la misma.			
E-MAIL:		MÓVIL:	
SOLICITA			
La inscripción en el Curso de Manipulador de Alimentos, a impartir en la Escuela Municipal de Salud en la fecha ___ / ___ / _____.			
DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN			
<input type="checkbox"/> Copia DNI/NIE/Pasaporte/CIF <input type="checkbox"/> Copia del poder/autorización de representación			
<input type="checkbox"/> Original del ingreso bancario donde figure en el concepto: SANI-16 seguido del nombre y apellidos del solicitante.			
<input type="checkbox"/> En caso de bonificaciones (Desempleados/as, pensionistas, estudiantes, familias numerosas) o exención (Familias numerosas de categoría especial, minusvalía igual o superior al 33%), copia de la justificación que lo acredite.			
<input type="checkbox"/> He sido informado de que esta Entidad va a tratar y guardar los datos aportados en la instancia y en la documentación que la acompaña para la realización de actuaciones administrativas.			
<input type="checkbox"/> Presto mi consentimiento para que los datos aportados en la instancia y en la documentación que la acompaña puedan ser utilizados para el envío de información de interés general.			
<input type="checkbox"/> Declaro que es cierto el contenido de este documento, me responsabilizo de la veracidad de los documentos que acompañan esta solicitud y confirmo mi voluntad de firmarlo.			
<input type="checkbox"/> Presto mi consentimiento para que la entidad realice consultas de los datos del solicitante/representante a través de la Plataforma de Intermediación de Datos y otros servicios interoperables.			

Quien suscribe, cuyos datos personales consigna, SOLICITA que le sea concedido lo que se especifica en el presente documento

En _____, a ___ de _____ de _____

FIRMA DE EL/LA SOLICITANTE

Cláusulas Protección de Datos en el Reverso



**Ayuntamiento
de Telde**

CLÁUSULAS PROTECCIÓN DE DATOS

El responsable del tratamiento de sus datos es el M.I. AYUNTAMIENTO DE TELDE. Sus datos serán tratados con la finalidad de atender a su solicitud, comunicación o escrito. La legitimación para el uso de sus datos está basada en una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Los datos serán destruidos una vez comunique su baja y/o finalizados los períodos legales de conservación.

En el caso de aportar datos personales de terceras personas, el firmante declara que los datos de terceros son ciertos y que se ha informado y obtenido el consentimiento para el tratamiento de datos por parte de esta entidad eximiendo al M.I. AYUNTAMIENTO DE TELDE de cualquier responsabilidad por dicho incumplimiento.

Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad dirigiéndose al M.I. AYUNTAMIENTO DE TELDE en la siguiente dirección: **Edificio de Oficinas Municipales de El Cubillo, Camino de El Cubillo s/nº, 35200 Telde, LAS PALMAS**. Igualmente, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos si considera que sus derechos han sido vulnerados.

Dato de contacto Delegado de Protección de Datos: dpo@telde.es

Puede consultar/solicitar información ampliada sobre protección de datos en <http://telde.sedelectronica.es/privacy>.