**PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE LA PATRONA COLEGIAL**

**ACTIVIDAD:**

**Nombre del colegiado:**

**Nº de colegiado:**

**En caso de que participen niños:**

**Hijo/a o nieto/a del colegiado:**

**Persona responsable:**

**Teléfono de contacto:**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del colegiado: |  |

**TOMA DE FOTOGRAFIAS.-** De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo, del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, usted consiente expresamente en que la imagen suya o, en el caso que participe un menor, pueda ser captada y reproducida en medios de comunicación o en medios corporativos propios del Colegio o análogos y, en especial, en su website.

Si prefiere que su imagen no sea utilizada por el COMIB para los fines antes dichos, marque una cruz a continuación 🞎

|  |  |
| --- | --- |
| Firma de la persona responsable: |  |

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.-** De acuerdo con lo que prevé la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre protección de datos de carácter personal, informamos que los datos personales comprendidos en este formulario son necesarios para completar la inscripción y se incorporarán a un fichero del COLEGIO DE MÉDICOS DE LAS ISLAS BALEARES (COMIB) para la gestión de actividades organizadas por el Colegio para la celebración de los actos de la Patrona. Para ejercer los derechos de acceso, de rectificación y de cancelación de los datos que figuran en este fichero, así como el de oposición al hecho de que sean tratados, pueden dirigirse por escrito al COLEGIO DE MÉDICOS DE LAS ISLAS BALEARES (COMIB), Paseo Mallorca, 42, 07012 Palma, Illes Balears.