

CONCURSO DE DIBUJO

Nombre y apellidos del niño/a:

Edad:

Seudónimo:

Título del dibujo:

Nombre y apellidos del colegiado /miembro del personal del COMIB:

Número de colegiado:

Teléfono de contacto:

Mail de contacto:

Antes de inscribir al niño/niña en este concurso, debe leer la Información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo. Al inscribir al menor manifiesta haber leído esta información.

La participación en el presente concurso implica la aceptación de las bases del mismo, disponibles para su consulta en **INDICAR linK**

Fecha:

Firma del colegiado o miembro del personal del COMIB:

Rellenar solo en el caso de que el colegiado o el miembro del personal del COMIB no sea titular de la patria potestad del menor.

Marque la casilla que corresponda: El padre / La madre / El tutor/a autoriza la participación del niño/a en el concurso y acepta las bases del mismo.

D/D^a _____, DNI nº _____,

Firma Padre / Madre / Tutor:

Información básica sobre protección de datos: El responsable del tratamiento de sus datos y los del menor inscrito en el concurso es el Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares. Puede contactar con el Delegado de Protección de Datos del COMIB en dpd@comib.com. Tratamos los datos recogidos en el presente formulario para la gestión y organización del concurso, como se explica en la "Política de privacidad del concurso infantil de postales navideñas", disponible en <http://www.comib.com/el-colegio/portal-privacidad/>.