



## **AUTORIZACIÓN DESPRAZAMENTOS**

### DATOS IDENTIFICATIVOS:

|                                       |
|---------------------------------------|
| Nome e Apelidos do Pai / Nai / titor: |
| D.N.I. do Pai / Nai / titor:          |
| Enderezo:                             |

Pola presente, AUTORIZO todos os desprazamentos que o meu fillo/a: \_\_\_\_\_, con D.N.I. nº \_\_\_\_\_ teña que facer co Club Waterpolo Santiago, para participar nos Partidos / Torneos / Campionatos / Concentracións, etc. de Waterpolo.

Esta autorización terá vixencia mentras o xogador permaneza no clube, en caso de querer rebocala terán que facelo dirixíndose, por escrito, ao Club de Waterpolo Santiago.

En....., a ..... de ..... de 20.....

*O REPRESENTANTE LEGAL*

Asdo.: \_\_\_\_\_

Informámoslle, en virtude da Lei de Protección de Datos (Lei 15/1999), que os datos obtidos son incorporados a un ficheiro do que é responsable o Club Waterpolo Santiago, co obxecto de aplicalos á actividade relacionada. Pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, dirixíndose por escrito a: Club Waterpolo Santiago Piscina C. D. Sta. Isabel, Rúa Tras Sta. Isabel s/n - 15705 Santiago de Compostela, achegando fotocopia do seu D.N.I.

**CLUB WATERPOLO SANTIAGO**

Piscina Complexo Deportivo de Sta. Isabel - Rúa Tras Santa Isabel s/n - 15705 Santiago de Compostela  
Tlf.: 691.666.816 - e-mail: [cwsantiago@gmail.com](mailto:cwsantiago@gmail.com)