



AUTORIZACIÓN DESPRAZAMENTOS

CAMPUS de VERÁN - 2015

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 para participar nas Actividades do Campus de Verán 2015, que o Club Waterpolo Santiago organiza dende o ____ ata o ____ de _____ de **2015**.

En....., a de de **2015**

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