

## Ficha Inscripción – AULAS INFANTILES OVIEDO

|                   |      |
|-------------------|------|
| Fecha Inscripción | Aula |
|-------------------|------|

### Datos personales

|                            |  |               |       |
|----------------------------|--|---------------|-------|
| Nombre y Apellidos         |  | F. nacimiento |       |
| DNI/NIE/Pasaporte          |  | Teléfono      |       |
| Domicilio                  |  | Email         |       |
| Centro Escolar             |  |               | Curso |
| Actividades extraescolares |  |               |       |
| Observaciones              |  |               |       |

### Datos médicos

|                         |  |             |  |
|-------------------------|--|-------------|--|
| Enfermedad Crónica      |  | Tratamiento |  |
| Minusvalía/discapacidad |  | Grado       |  |
| Alergias/intolerancias  |  |             |  |
| Observaciones           |  |             |  |

### Datos unidad familiar

|   |        |  |  |
|---|--------|--|--|
| País de procedencia   |        |  |  |
| <b>Personas que conviven con el/la menor</b>  |        | <b>Situación de la unidad familiar</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Padre<br><input type="checkbox"/> Madre<br><input type="checkbox"/> Tutores legales<br><input type="checkbox"/> Hermanos |        | <input type="checkbox"/> Nuclear<br><input type="checkbox"/> Monoparental<br><input type="checkbox"/> Extensa<br><input type="checkbox"/> Tutores legales<br><input type="checkbox"/> Otros: |  |
| Nº  | Edades |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otros familiares:<br><input type="checkbox"/> Institución:<br><input type="checkbox"/> Otros:                            |        |  |  |

### Datos de Madre/ Padre / Tutor/a

|   |  |                               |  |
|---|--|-------------------------------|--|
| Nombre y apellidos:   |  |                               |  |
| NIF/NIE/Pasaporte   |  | Teléfono                      |  |
| Fecha nacimiento  | Estado civil   | Profesión                     |  |
| Nivel de estudios   | Situación laboral  | Ingresos económicos mensuales |  |
| <input type="checkbox"/> Sin estudios<br><input type="checkbox"/> Primarios /G. Escolar/ ESO<br><input type="checkbox"/> FP / BUP / Bachillerato<br><input type="checkbox"/> Universitarios | <input type="checkbox"/> Activo<br><input type="checkbox"/> Desempleado<br><input type="checkbox"/> Inactivo<br><input type="checkbox"/> Estudiante<br><input type="checkbox"/> Otros: |                               |  |

### Datos de Madre/ Padre / Tutor/a

|   |  |  |  |                               |  |
|---|--|--|--|-------------------------------|--|
| <b>Nombre y apellidos:</b>  |  |  |  |                               |  |
| <b>NIF/NIE/Pasaporte</b>  |  |  |  | <b>Teléfono</b>               |  |
| <b>Fecha nacimiento</b>   |  | <b>Estado civil</b>  |  | <b>Profesión</b>              |  |
| Nivel de estudios   |  | Situación laboral  |  | Ingresos económicos mensuales |  |
| <input type="checkbox"/> Sin estudios<br><input type="checkbox"/> Primarios /G. Escolar/ ESO<br><input type="checkbox"/> FP / BUP / Bachillerato<br><input type="checkbox"/> Universitarios |  | <input type="checkbox"/> Activo<br><input type="checkbox"/> Desempleado<br><input type="checkbox"/> Inactivo<br><input type="checkbox"/> Estudiante<br><input type="checkbox"/> Otros: |  |                               |  |

### Salida del Proyecto

|  |  |
|--|--|
| El / la menor se puede marchar solo/a una vez termine la actividad en Cruz Roja  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |
| <b>En caso negativo, doy mi autorización para que las siguientes personas puedan hacerse cargo y recogerlo/la</b>                  |  |
| 1.- NOMBRE: _____ TFNO: _____ DNI _____.   |  |
| 2.- NOMBRE: _____ TFNO: _____ DNI _____.   |  |
| 3.- NOMBRE: _____ TFNO: _____ DNI _____.   |  |
| Entiendo que bajo ningún concepto dejaremos marchar al menor con nadie que no esté autorizado previamente por sus tutores legales. |  |

### Coordinación con Equipo de Orientación y tutores/as:

Para un mejor seguimiento de los niños y niñas participantes, el Equipo Educativo de Aulas Infantiles solicita vuestro permiso para coordinarse con el Equipo de Orientación de Oviedo, compuesto por Profesoras Técnicas de Servicios a la Comunidad, y con los tutores y tutoras de los diferentes Centros Educativos:

- Sí, autorizo al Equipo Educativo a realizar coordinaciones con los equipos de orientación y los tutores o tutoras del niño o niña inscrita en este documento.
- No autorizo al Equipo Educativo a realizar coordinaciones con agentes externos al Proyecto de Aulas Infantiles.
- Deseo que el equipo educativo solicite permiso cada vez que desee hacer una coordinación con agentes externos al Proyecto de Aulas Infantiles.

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI, NIE, PASAPORTE \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_, como madre, padre o tutor/a de \_\_\_\_\_ Declaro bajo mi responsabilidad que todos los datos aportados son ciertos y que al comenzar en el proyecto de Aulas Infantiles facilitaré la documentación solicitada a fin de acreditar la situación manifestada.

Firma del padre/madre/tutor o tutora

## Autorización de imagen y RGPD

### Marcar con una X a la conformidad de la cesión de imágenes:

- Sí autorizo
- No autorizo

Manifiesto que dado que el derecho a la propia imagen está reconocido al artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen; por parte de Cruz Roja Española se solicita la autorización para que, de forma voluntaria y carácter gratuito, las fotografías o vídeos que se realicen del/de la participante durante el ejercicio de la actividad en Cruz Roja Española, puedan ser utilizadas por esta entidad sin límite temporal ni geográfico alguno, en cuantas acciones y actividades realice para el cumplimiento de sus fines y objetivos institucionales. En consecuencia, Cruz Roja Española queda autorizada a utilizar las imágenes del/la participante, captadas en el ejercicio de la actividad descrita, para su impresión, reproducción, difusión, distribución, exposición, publicación, etc. en cualquier medio o soporte (carteles, web, folletos etc), en el marco del desarrollo y para la difusión de las actividades de la entidad, comprometiéndose, asimismo, a no hacer uso de la imagen del voluntario/a para otros fines distintos o fuera de las actividades propias de Cruz Roja Española y Cruz Roja Juventud.

### Firma Protección de Datos:

En cumplimiento de la normativa vigente en Protección de Datos, en particular, el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679), Cruz Roja Española le informa que todos los datos de carácter personal facilitados, así como cualquier otra información y/o documentación que pudiera hacernos llegar durante la vigencia de la relación con nosotros, serán incorporados a ficheros automatizados y/o manuales titularidad de Cruz Roja Española. Estos datos serán objeto de tratamiento Sus datos personales pueden ser cedidos, en caso necesario, a Organismos Públicos de ámbito local, autonómico, estatal o de la Unión Europea u Organismos privados como, por ejemplo, Fundaciones, para poder participar en programas de colaboración, gestionar las ayudas que pudieran concederse y acreditar, ante dichos organismos, las actuaciones realizadas. El abajo firmante garantiza la veracidad de los datos proporcionados y se compromete a comunicar cualquier modificación que pudiera acontecer. En caso de que se proporcionen datos de carácter personal referentes a otras personas, el abajo firmante manifiesta que han sido informados y han prestado su consentimiento para la cesión de sus datos a Cruz Roja Española. Usted puede ejercer, en cualquier momento, los derechos de acceso rectificación, cancelación, oposición, así como los contenidos en el Capítulo III del Reglamento (UE) 2016/679 dirigiendo un escrito a Cruz Roja Española, (Att. / Delegado de Protección de Datos), Avenida Reina Victoria, 26-28, 28003 Madrid, o a la dirección de correo [dpo@cruzroja.es](mailto:dpo@cruzroja.es), previa acreditación de su identidad. Para más información sobre nuestra política de privacidad, consulte nuestra página Web [www.cruzroja.es](http://www.cruzroja.es).

Firma de padre/madre/tutor o tutora:

En Oviedo a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_



CORRESPONSABLES



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE IGUALDAD



Principado de Asturias



INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER

## INSCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES - PLAN CORRESPONSABLES

| DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE |            |                |
|---------------------------------|------------|----------------|
| Nombre:                         |            |                |
| Apellidos:                      |            |                |
| NIF:                            | Sexo:      | Edad:          |
| Dirección:                      |            | Código Postal: |
| Localidad:                      | Municipio: |                |
| Teléfono:                       |            |                |
| Correo electrónico:             |            |                |

| DATOS DE LA/EL MENOR   |       |       |
|--|-------|-------|
| Nombre:  |       |       |
| Apellidos:   |       |       |
| NIF:   | Sexo: | Edad: |
| Fecha de nacimiento:   |       |       |
| Dirección en caso de que sea diferente a la de la persona solicitante: |       |       |

| LA PERSONA SOLICITANTE DECLARA ENCONTRARSE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES<br>(señalar lo que corresponda) |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/>   | Ser víctima de violencia de género.               |
| <input type="checkbox"/>   | Familia monomarental o monoparental.              |
| <input type="checkbox"/>   | Mujer en situación de desempleo.                  |
| <input type="checkbox"/>   | Mujer mayor de 45 años.                           |
| <input type="checkbox"/>   | Tener otras cargas relacionadas con los cuidados. |
| <input type="checkbox"/>   | Ninguna de las anteriores.                        |

| SITUACIÓN UNIDAD FAMILIAR                           |  |   |
|---|--|---|
| Nº miembros de la unidad familiar:                  | Nº menores de 14 años:                                   | Nº mayores de 65 años:                              |
| Nº personas con discapacidad:                       |  | Nº personas en situación de dependencia:            |
| SITUACIÓN LABORAL DE LA PERSONA SOLICITANTE         |  |   |
| <input type="checkbox"/> Con empleo remunerado      | <input type="checkbox"/> En situación de desempleo       | <input type="checkbox"/> Otras situaciones(cuál)    |
| SITUACIÓN LABORAL DE OTRO PROGENITOR/A              |  |   |
| <input type="checkbox"/> Con empleo remunerado      | <input type="checkbox"/> En situación de desempleo       | <input type="checkbox"/> Otras situaciones (cuál)   |
| RENTAS FAMILIARES ANUALES                           |  |   |
| <input type="checkbox"/> Menores de 14.000€ anuales | <input type="checkbox"/> Entre 14.000€ y 24.000€ anuales | <input type="checkbox"/> Mayores de 24.000€ anuales |



CORRESPONSABLES



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE IGUALDAD



Principado de Asturias



INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER

La persona solicitante declara formalmente bajo su responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y que se compromete a informar de cualquier modificación en los mismos.

- Con la presentación de esta solicitud y de acuerdo con el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en relación con el derecho a no aportar documentos al procedimiento, se autoriza la consulta u obtención de aquella documentación que haya sido elaborada por cualquier Administración, salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.
- En caso de oposición deberá aportar necesariamente los documentos a cuya consulta se opone, para que el Ayuntamiento pueda confirmar la veracidad de los datos facilitados; en caso contrario, no se podrá estimar su solicitud.

**Oposición a la consulta de sus datos** (marcar con una X en caso de oposición)

| INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL |  |
|--|--|
| ACTIVIDAD DE TRATAMIENTO                                   | Admisión en actividades, programas o servicios prestados en el marco del Plan Corresponsables.   |
| RESPONSABLE  | El Ayuntamiento.   |
| FINALIDAD  | Los datos personales recabados a través del presente formulario, así como los generados en el transcurso de la relación administrativa, serán tratados para gestionar la admisión de los solicitantes en función de los criterios de prioridad establecidos en la Resolución de 30 de diciembre de 2021 por la que se resuelve la concesión de las subvenciones. |
| LEGITIMACIÓN   | Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos, según dispone el artículo 6.1e) del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).   |
| DESTINATARIAS/OS   | No se cederán datos a terceros.  |
| DERECHOS   | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, a través del Servicio de Atención Ciudadana (SAC) del Ayuntamiento.  |

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma de la persona solicitante o representante legal