



AUTORIZACIÓN SALIDAS POR EL ENTORNO Y DESPLAZAMIENTO CENTRO SANITARIO

D/Dña _____ con DNI _____

D/Dña _____ con DNI _____

Responsables legales del/la alumno/a _____

DESPLAZAMIENTO AL CENTRO SANITARIO

Por parte del personal docente del Centro de acuerdo con el deber de socorro, en caso necesario y cuando no sea posible la localización inmediata del/la responsable del menor para dar su consentimiento.

Autorizo

No autorizo

Firma:

Firma:

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

SALIDAS POR EL ENTORNO

Pueda realizar las **salidas por el entorno próximo**, que se realicen relacionadas con la actividad educativa del aula y/o del centro.

Autorizo

No autorizo

Firma:

Firma:

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

En Candás, _____ de _____ 20_____

Protección de datos de carácter personal:

En cumplimiento de lo dispuesto en la **Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre**, de Protección de datos de carácter Personal, la Administración del Principado le informa que los datos personales recabados a través de la solicitud de admisión, así como los generados en el transcurso de la relación administrativa, serán incorporados a un fichero denominado SAUCE de su titularidad, cuya finalidad es la gestión administrativa y educativa de centros docentes del Principado. Además, sus datos podrán ser comunicados a la Universidad de Oviedo, Consorcio de Transportes de Asturias, bancos, cajas de ahorro y cajas rurales, hacienda Pública y administración tributaria, tablones, boletines de otros órganos de la Administración del Estado y otros órganos de la Comunidad Autónoma. Si entre la información que usted facilita figuran datos de terceros, usted asume el compromiso de informarles de los extremos señalados. Usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través del correspondiente formulario, bien presencialmente en los distintos registros de la Administración o de forma electrónica.