

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA ATENCIÓN EN INSTITUTO ALICANTINO DE LA FAMILIA

Nombre y apellidos de los menores:

.....
.....
.....

Por medio de la presente, damos la **autorización para que nuestros hijos/hijas menores de edad, sean atendidos en el Instituto Alicantino de la Familia Dr. Pedro Herrero (IAF)**. Esto incluye el consentimiento expreso a las condiciones de intervención del IAF.

Asimismo los abajo firmantes nos comprometemos a informar de cualquier cambio en la familia. Mediante este documento aceptamos el tratamiento administrativo y terapéutico de sus datos por parte del IAF de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal 15/1999 de 13 de Diciembre.

Declaramos haber recibido y comprendido adecuadamente la información sobre el procedimiento y su alcance, autorizándolo. Y para que así conste a los efectos oportunos, firman el presente documento:

En a de..... de 20 D/Dª con DNI, en mi condición de (padre/madre)..... de los menores Firma:

En a de..... de 20 D/Dª con DNI, en mi condición de (padre/madre)..... de los menores Firma:

Para mayor información puede contactar llamando al teléfono 965 93 93 91

LOPD 15/99: Los datos recabados a través de este formulario y las siguientes entrevistas, serán tratados por el IAF, con la finalidad de dar curso a las actividades de terapia y/o mediación solicitadas que procedan. Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación en el Registro de Entrada del Instituto, o enviando un escrito, adjuntando fotocopia del DNI a la siguiente dirección: Calle Ramón de Campoamor 25, Sant Joan d,Alacant, Alicante

AUTORITZACIÓ DELS PARES PER A ATENCIÓ EN L'INSTITUT ALACANTÍ DE LA FAMÍLIA

Nom i cognoms dels menors:

.....
.....
.....

Per mitjà del present escrit, donem **l'autorització perquè els nostres fills/filles, menors d'edat, siguen atesos en l'Institut Alacantí de la Família Dr. Pedro Herrero (IAF).**

L'autorització inclou el consentiment exprés a les condicions d'intervenció de l'IAF.

Així mateix, els sotasignats ens comprometem a informar de qualsevol canvi en la família.

Mitjançant aquest document, acceptem el tractament administratiu i terapèutic de les seues

dades per part de l'IAF d'acord amb la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter

Personal 15/1999, de 13 de desembre.

Declarem haver rebut i comprés adequadament la informació sobre el procediment i el seu abast, i l'autoritzem. I per a deixar-ne constància i als efectes oportuns, signen el present document:

..... de..... de 20 Sr./Sra. amb DNI núm. , en la meua condició de (pare/mare)..... dels menors. Signatura:
--

..... de..... de 20 Sr./Sra. amb DNI núm. , en la meua condició de (pare/mare)..... dels menors. Signatura:
--

Per rebre'n més informació, podeu telefonar al 965 93 93 91.

LOPD 15/99: Les dades obtingudes a través d'aquest formulari i les entrevistes següents seran tractades per l'IAF amb la finalitat de donar curs a les activitats de teràpia i/o mediació sol·licitades que procedisquen. Els interessats poden exercir els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació en el registre d'entrada de l'Institut, o enviant un escrit, adjuntant-hi una fotocòpia del DNI, a l'adreça següent: carrer de Ramón de Campoamor 25, Sant Joan d'Alacant (Alacant).