FICHA DEL ALUMNO CÓDIGO DEL CURSO: Nº DEL ALUMNO:

CURSO DE SOCORRISTA EN PISCINAS Y PLAYAS

FOTO

NOMBRE:

APELLIDOS:

DOMICILIO:

C. POSTAL:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

D.N.I. nº:

TELÉFONOS:

E-MAIL:

Documentos que adjunta:	SI	NO
-D.N.I.:		
- Certificado médico:		
- Certificado académico:		

FICHA DEL ALUMNO CÓDIGO DEL CURSO: Nº DEL ALUMNO:

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos proporciona, serán tratados por **SAMA 2005, S.L.** con la finalidad de llevar a cabo las tareas administrativas y de gestión del curso en el que se inscribe.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su supresión por el interesado, se mantenga la relación entre las partes o durante el plazo que fije la normativa aplicable en la materia. La legitimación para el tratamiento de datos se basa en la prestación del servicio llevado a cabo por la entidad. No se cederán datos salvo obligación legal.

El interesado puede ejercer los derechos de acceso a sus datos personales, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, oposición, portabilidad, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, así como la revocación del consentimiento prestado. Para ello podrá dirigir un escrito a **Calle Diego Caparros Segura S/N- 04621 Vera (Almería)** o también puede enviar un email al Responsable, o en su caso, al Delegado de Protección de Datos a **sama2005adm@hotmail.com** adjuntando documento que acredite su identidad. Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

CONSENTIMIENTO

☐ SI ☐ NO **Para el envío de información sobre otras formaciones impartidas por la entidad.** (*Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI*).

☐ SI ☐ NO **Para el uso de su imagen personal con la finalidad de divulgar y difundir en distintos medios de comunicación, redes sociales, página web, televisión y otros soportes las actividades de la entidad** (*Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque SI*).

☐ SI ☐ NO **Para formar parte del grupo de WHATSAPP creado por la entidad, haciéndole saber que en este caso todos los miembros del grupo tendrán acceso a su información personal de perfil contenida en esta aplicación** (*Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad, marque la casilla SI)*

FECHAS y LUGAR DEL CURSO: Del 11 de abril al 4 de mayo 2025 en Vera.

Firmado:_____ **Fecha:** _____