

CURSO: _____

TEMPORALIDAD DE VIGENCIA: 6 meses

FECHA PREINSCRIPCIÓN	
PROFESIONAL QUE CUMPLIMENTA	

NOMBRE DEL NIÑO@:			
FECHA DE NACIMIENTO:			
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR:		TELÉFONO	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR:		TELÉFONO	
E-mail (PADRE/MADRE/TUTOR)			
POR QUE MEDIO NOS HA CONOCIDO:			

HORARIO SOLICITADO:

De 09:00 a 17:00h

De 08:00 a 09:00 horario matinal

DATOS INTERÉS: (ENFERMEDAD IMPORTANTE, ALERGIAS.....)

.....

- Los menores entrarán por fecha de preinscripción, teniendo prioridad los niños/as de Atención Temprana y/o alteraciones evolutivas, orden de llegada en base a hermanos/as en INCLOU, familias antiguas usuarias de INCLOU, otros programas de la FSI, horario hasta las 17.00 y resto de preinscripciones

INFORMACIÓN BÁSICA

Información básica sobre Protección de Datos	
Responsable	FUNDACION SALUD INFANTIL, CIF: G53235024, C/PASEO DE LA JUVENTUD, 3 - 03201 - ELCHE, 966661529, rgpd@fundacionsaludinfantil.org
Finalidad	Gestionar los servicios propios de la fundación Salud Infantil
Legitimación	Legitimación por consentimiento del interesado
Destinatarios	No se cederán datos, salvo obligación para la prestación del servicio, pudiéndose ceder a organizaciones, entidades, colaboradores públicos y/o privados directamente relacionados con el responsable.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Procedencia	Del propio interesado u otras personas físicas distintas del interesado. En este caso el representante legal que corresponda, pudiéndose ser: padre/madre/tutor/a
Ubicación	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: https://www.fundacionsaludinfantil.org/politica-de-privacidad/

FINALIDADES

Descripción ampliada de la finalidad/es del tratamiento:

Trataremos sus datos para la finalidad de gestionar los servicios propios de la fundación y en concreto la correcta gestión administrativa y la de cada uno de los diversos programas en el que los menores sean inscritos o participen, que incluirán, si es necesario, las valoraciones de los facultativos correspondientes (psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas) así como, en su caso, los tratamientos individualizados que por usted se contraten con la FUNDACIÓN SALUD INFANTIL, y el seguimiento y evolución del menor.

En **NOMBRE DE LA FUNDACIÓN** tratamos la información que nos facilitan las personas interesadas con el fin de:

- 1 Gestionar administrativa y contablemente la cartera de usuarios/as y pacientes de la fundación.**
- 2 Gestionar el envío de la información que nos soliciten los interesados o sea de su interés.**
- 3 Poder ofrecerle productos y servicios de acuerdo con sus intereses/mejorar su experiencia de usuario y encuestas de mercado, en base a la información facilitada.**
- 4 Crear estudios de investigación (Dichos estudios serán totalmente anónimos)**

CONSERVACIÓN

Plazos o criterios de conservación de los datos:

Los datos personales proporcionados se conservarán, mientras se mantenga la relación profesional, no se solicite su supresión por el interesado, o durante 1 año a partir de la última confirmación de interés.

DECISIONES

Decisiones automatizadas, perfiles y lógica aplicada:

La fundación **NO** tomará decisiones automatizadas.

CONSENTIMIENTO

La finalidad y uso previsto tanto de los datos en sí mismos como de su tratamiento, *es prestarle el servicio solicitado*. A continuación, podrá aceptar las finalidades que crea convenientes marcando su casilla correspondiente, tenga en cuenta que algunas finalidades pueden ser necesarias para poderle prestar el servicio, en el caso de **NO** marcar dichas casillas, no se podrá *prestar/entregar el servicio/producto asociado*.

Prestación del servicio solicitado. (imprescindible para la tratamiento de los datos) (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad, marque esta casilla)

Envío de ofertas de productos y servicios de su interés (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad, marque esta casilla)

Elaboración de un encuestas de la fundación. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad, marque esta casilla)

En los casos que proceda, el consentimiento del tratamiento de los datos, deberá ser firmado por los representantes legales.

del



FUNDACIÓN
Salud Infantil

FICHA PREINSCRIPCIÓN

INCLOU

CÓDIGO: **IT-04/01**

REVISIÓN: 5

FECHA APROBACIÓN: 01/09/2022

PAGINADO: 1 de 1

tratamiento es la formalización de los procesos de inscripción en los diversos programas. La Fundación Para la Salud Infantil de la Comunidad Valenciana garantiza que las personas autorizadas para tratar datos de carácter personal se comprometen, de forma expresa y por escrito, a respetar la confidencialidad y a cumplir las medidas de seguridad correspondientes. La Fundación Para la Salud Infantil de la Comunidad Valenciana se compromete a comunicar las posibles brechas de seguridad que se produzcan en sus instalaciones en un plazo no superior a 72 horas, tanto al interesado como a la Autoridad de Control. Los datos de carácter personal recogidos en el presente documento se mantendrán durante el tiempo necesario para la formalización de los procesos de inscripción en los diversos programas e integrarán durante 6 meses la lista de espera de cada servicio o programa.

La Fundación Para la Salud Infantil de la Comunidad Valenciana informa que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad dirigiéndose por escrito a la dirección de la Fundación, esto es, Paseo de la Juventud, 3, 03201 Elche (Alicante) o enviando un correo electrónico a la dirección rgpd@fundacionsaludinfantil.org, acompañando copia del DNI. La Fundación Para la Salud Infantil de la Comunidad Valenciana informa que tiene derecho a retirar el consentimiento para el tratamiento de los datos de carácter personal en cualquier momento y a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.

Los datos facilitados por usted en los respectivos cuestionarios de salud, así como la documentación que nos aporte, son veraces, reales y exactos, por lo que los daños y perjuicios que el error u omisión de los mismos pudiera causar al menor son responsabilidad del padre o tutor, eximiendo de los mismos a la FUNDACION.

FECHA:

Nombre y apellidos: _____

FIRMA

Nombre y apellidos: _____

FIRMA