

SAÍDA PUNTUAL DO ALUMNADO

Don/Dona _____ con DNI/NIE _____ pai, nai, o
titor/a do alumno/a _____ do
curso _____

Autorizo baixo a miña responsabilidade **QUE NO DÍA DE HOXE, _____** de
_____ de 201_ poida saír só/soa do CEIP unha vez rematadas as
actividades de comedor, EXIMINDO a FAPA Ourense, á ANPA e ao persoal das
empresas colaboradoras de calquera responsabilidade por danos ou lesións
indemnizables que poida sufrir.

Na FEDERACIÓN PROVINCIAL DE ANPA DE CENTROS PÚBLICOS DE OURENSE tratamos a información
que nos facilita co fin de prestarlles o servizo solicitado, realizar a facturación do mesmo e cumprir coas
obrigas legais aplicables, sendo a base xurídica o consentimento. Os datos proporcionados conservaranse
mentras se manteña a relación comercial ou durante os anos necesarios para cumprir coas obrigas legais.
Os datos facilitaranse a encargados de tratamento para a prestación do servizo. Vostede ten dereito a obter
a confirmación sobre si na FEDERACIÓN PROVINCIAL DE ANPA DE CENTROS PÚBLICOS DE OURENSE
estamos tratando os seus datos persoais, así como a exercer os seus dereitos como interesado. Pode
obter máis información dirixíndose a:

Responsable: FEDERACIÓN PROVINCIAL DE ANPA DE CENTROS PÚBLICOS DE OURENSE – CIF:
G32009037 – Dir. Postal: DOUTOR FLEMING, 43 SOTO. OURENSE – Teléfono: 988241351 Email:
fapa-ou@hotmail.com

E para que así conste, asino a presente autorización en

Ourense, o _____ de _____ de 201_

Sinatura nai, pai ou titor/a legal

