



ASOCIACIÓN EXTREMEÑA A.F.A.L., Y PROGRAMA COMPAÑÍA

C/ Villamesías,3- Apdo. de Correos: 120

Tlf.-924/330825 y 659/848257

N.I.F.-G06219075

06800-Mérida

FAX. 924 38 70 51

www.asociacionafal.com

info@asociacionafal.com

A los efectos de lo establecido en la Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, La Asociación Extremeña A.F.A.L., le informa que los datos personales que nos faciliten serán incorporados y tratados bajo nuestra responsabilidad en ficheros debidamente inscritos en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos, necesarios para la correcta gestión de las ayudas que reciban, e imprescindibles para la prestación de nuestros servicios y en cada caso prestar la debida atención psicológica.

Tan solo se recabarán los datos estrictamente necesarios para las finalidades descritas. Estos son facultativos y pero sin ellos no podremos proceder a realizar el servicio solicitado.

Sus datos identificativos, las ayudas que reciba y los costes que genere su atención, serán cedidos a la Junta de Extremadura, más concretamente a las Consejerías con competencia en la materia siempre dentro de los acuerdos establecidos con esta administración, para poder justificar los costes soportados por la Asociación.

Usted, tiene derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de la información que le concierne. Estos derechos, podrán hacerlos efectivos mediante comunicación por escrito acompañada de su DNI ante el responsable en c/ Villamesías, 3, 06800 Mérida.

Si es usted mayor de 14 años, necesitamos su autorización para que su padre/madre o tutor legal, tenga acceso a su documentación. No Autorizo.

Manifiesto haber leído y entendido el presente formulario y estar de acuerdo con el mismo en los apartados señalados. Soy consciente de que puedo solicitar cuanta información considere necesaria. Manifiesto saber que en cualquier momento y sin tener que dar ninguna explicación, puedo revocar, modificar o sustituir estos consentimientos.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

Firma del paciente mayor de 14 años o nombre y firma del padre/madre/tutor:
