

AUTORIZACIÓN RECOGIDA DOCUMENTACION ACADEMICA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Yo, D / D^a:

con DNI / N^o pasaporte / NIE:

Matriculado/a o habiendo cursado la titulación de:

Autorizo a D / D^a

con DNI / N^o pasaporte / NIE:

A recoger la documentación académica solicitada, para lo que adjunto a esta autorización, copia de mi DNI / pasaporte / NIE y copia del DNI / pasaporte / NIE de la persona autorizada.

Firma del solicitante de la documentación

Firma del autorizado

Fdo:

Fdo:

En _____, a _____, de 20____

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, procedemos a informarles que los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "ACTIVIDADES FACULTAD CC. SALUD" cuya finalidad es la organización d eventos académicos, culturales y deportivos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org/apdcm <<http://www.madrid.org/apdcm>>), y podrán ser cedidos a las unidades administrativas de la propia Universidad, además de otras cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Decanato Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Avd. de Atenas s/n, 28922-Alcorcón, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.