



## FORMULARIO AMIGO/A de la AVTCyL

### DATOS DEL/@ SOLICITANTE

NOMBRE		APELLIDOS	
DNI	FECHA NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN			
CÓDIGO POSTAL	POBLACIÓN	PROVINCIA	
TELÉFONO-1	TELÉFONO-2	CORREO ELECTRÓNICO	

### DOCUMENTACIÓN A APORTAR

FOTOCOPIA DNI

A LOS EFECTOS DE LO DISPUESTO EN LA LEY ORGANICA 15/1999 DE 13 DE DICIEMBRE DE PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, LA ASOCIACION VICTIMAS DEL TERRORISMO DE CASTILLA Y LEON LE INFORMA QUE LOS DATOS FACILITADOS A TRAVES DE ESTE FORMULARIO, Y AQUELLOS QUE SE RECABEN EN EL FUTURO SERÁN INCLUIDOS EN UN FICHERO DE SU RESPONSABILIDAD. EL TITULAR CONSIENTE EXPRESAMENTE AL TRATAMIENTO DE SUS DATOS, INCLUIDOS LOS DATOS DE SALUD PARA LA PRESTACIÓN POR PARTE DE LA ASOCIACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES ASISTENCIALES, ECONÓMICO-FINANCIEROS, JURIDICO-ADMINISTRATIVOS ASI COMO DE AYUDA A LA FORMACION E INSERCIÓN LABORAL. IGUALMENTE QUEDA INFORMADO Y AUTORIZA EXPRESAMENTE LA CESION DE DICHS DATOS PARA LOS FINES ESTABLECIDOS ANTERIORMENTE A LA ADMINISTRACION PUBLICA, LETRADOS, PSICOLOGOS., EMPRESAS DE OCIO Y DE FORMACION AIS COMO A TERCERAS ENTIDADES QUE COLABOREN CON LA ASOCIACION VICTIMAS DEL TERRORISMO DE CASTILLA Y LEON EN LA PRESTACION DE LOS CITADOS SERVICIOS. LE INFORMAMOS QUE EL CONSENTIMIENTO ANTERIORMENTE OTORGADO ES REVOCABLE Y QUE PODRÁ EJERCER SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, OPOSICIÓN Y CANCELACIÓN DIRIGIÉNDOSE POR ESCRITO A DICHA ASOCIACIÓN.

FECHA: .....

FIRMA:

Fdo: .....