Estimado socio/a:

Rogamos firmes al margen de cada hoja este documento. Si el socio/a es menor de edad lo hará uno de sus progenitores o tutores legales.

Devuélvelo a la asociación escaneado, por correo postal o en persona. Gracias.

Como Asociación necesitamos contar con tus datos personales actualizados siempre. En cualquier momento del año puedes ponerte en contacto con nosotros a través de la trabajadora social y cambiarlos, te adjuntamos este formulario informándote también de los derechos que tienes en relación a la protección de tus datos y ejercitar los consentimientos a tales efectos.

El formulario consta de tres partes:

La primera con datos personales de la persona afectada.

La siguiente con los de sus padres, seas o no adulto. En el caso de los menores es fundamental rellenar dichos datos. En el de los adultos es especialmente importante porque recibimos peticiones de padres de adultos que también quieren recibir el boletín informativo o porque los datos bancarios están a su nombre.

En tercer lugar, los datos bancarios. Mantenerlos actualizados y correctos es trabajo de todos evitando así gastos innecesarios.

La asociación utiliza los datos personales para ponerse en contacto contigo y con efectos estadísticos cuando así lo requieran las diferentes Administraciones que financian los proyectos. Exclusivamente se ceden a la Federación el nombre y apellidos y dirección postal cuando lo requieren para el envío de documentación y dirección de correo electrónico para encuestas de satisfacción de la Federación.

Los datos bancarios se utilizan con el fin de que te sean cargadas las cuotas correspondientes en tu condición de socio. No se ceden a terceros.

Los datos personales solicitados en este documento son necesarios para el cumplimiento del objeto de la Entidad en relación a tu persona y el ejercicio de tus derechos como socio. Los datos con asterisco son obligatorios.

**FICHA DE INSCRIPCIÓN A LA ASOCIACIÓN**

**Datos del socio/a afectado/a**

Nombre del socio/a afectado \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellidos \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (día, mes, año) \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio habitual, CP y Localidad \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono fijo y teléfono móvil

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación \* En el caso de los estudiantes, señalar el curso y estudios actuales.

**Datos de los progenitores o tutor legal.**

**Padre o tutor legal: nombre y apellidos**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes, día, año)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de ser diferentes a los del hijo/a y/o si se desea recibir información en más de

una dirección. Dirección postal, CP y localidad.

Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si desea recibir el boletín informativo y las comunicaciones de la Asociación de forma

independiente a la del socio, por favor márquelo. \*

Sí, deseo recibir la información por correo electrónico.

Sí, deseo recibir la información por correo postal en la dirección anteriormente

indicada.

No, no necesito recibir más información que la que recibe el/la socio/a.

Firma del padre o tutor legal

**Madre o tutor legal: nombre y apellidos**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes, día, año)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de ser diferentes a los del hijo/a y/o si se desea recibir información en más de

una dirección. Dirección postal, CP y localidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si desea recibir el boletín informativo y las comunicaciones de la Asociación de forma

independiente a la del socio, por favor márquelo. \*

Sí, deseo recibir la información por correo electrónico

Sí, deseo recibir la información por correo postal en la dirección anteriormente

indicada.

No, no necesito recibir más información que la que recibe el/la socio/a.

Firma de la madre o tutor legal

**Datos bancarios**

La asociación precisa actualizar todos los datos bancarios con el código IBAN.

Titular de la cuenta \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de cuenta. Código IBAN (2 letras y 2 dígitos) y CCC (20 dígitos) \*

**\_ \_ \_ \_- \_ \_ \_ \_- \_ \_ \_ \_- \_ \_- \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

Periodicidad de la cuota \*

Mensual:

Trimestral:

Semestral:

Anual:

En ……………………………………. a ……………. de…………………. de 2020

Firma del titular de la cuenta……………………………………………

**INFORMACION PROTECCIÓN DE DATOS (Reglamento UE 2016/679 de 2016 y Ley Orgánica 3/2018 LOPDGDD).**

**Responsable:** ASOCIACIÓN ASTURIANA DE LUCHA CONTRA LA FIBROSIS QUÍSTICA. CIF: G33119819. Dirección Postal: Avenida de Roma nº4-Planta Baja-Despacho 7, 33011 Oviedo-Asturias-España. Teléfono: 985964592. Correo electrónico: fq@fqasturias.org

**Finalidad:** Creación de base de datos para la gestión administrativa y asociativa de su inscripción en la Entidad (cobro de cuota sociales, ejercicio de los derechos sociales reconocidos estatutariamente a sus asociados/as, formación del censo electoral para los procesos encaminados a dotar de titulares a sus órganos de gobierno, envío de información institucional y de las publicaciones editadas, convocatoria a actos institucionales de la Sociedad y mantenimiento para fines históricos).

**Legitimación**: El interés legítimo para el cumplimiento del fin social de la Entidad que usted conoce y que acepta voluntariamente.

**Destinatarios**: No se prevén realizar comunicaciones o cesiones de datos a terceros sin su consentimiento, salvo obligación legal. Sus datos no serán transferidos a un tercer país.

**Conservación:** Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga su relación con la Entidad y durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales.

**Derechos:** Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad o limitación del tratamiento de sus datos personales, enviando solicitud escrita a nuestra dirección postal o electrónica, acreditando su identidad. Tiene usted el derecho a presentar una reclamación ante la AEPD en el supuesto de que considere que se infringen sus derechos de protección de datos (Reglamento UE 2016/679, de 27 de abril de 2016).

Así mismo solicitamos su **consentimiento expreso** para las siguientes acciones relacionadas con el objeto social de la Entidad, comunicándole así mismo que dicho consentimiento podrá ser revocado por Vd en cualquier momento.

**Consiento expresamente** que eventualmente la Entidad se comunique conmigo a través de whatsapp u otros medios de mensajería electrónica. SI  NO 

**Consiento expresamente** la difusión en la web y redes sociales de la Entidad de **fotos y videos** en las que aparezco, con motivo de eventos organizados por la misma. SI  NO 

**Consiento expresamente** la recepción de **publicidad**, mediante email u otros medios, de productos, servicios o eventos relacionados con el objeto social de la Entidad. SI  NO 

 **Consiento expresamente** la cesión mis datos a las Administraciones u otras Instituciones que financien proyectos que me afecten directamente para la gestión administrativa de los expedientes. SI  NO 

**Consiento expresamente** la cesión mis datos a la Federación Nacional de Fibrosis quística para envío de documentación y encuestas de satisfacción. SI  NO 

**RECIBÍ INFORMACIÓN Y EJERCITÉ CONSENTIMIENTOS**

**(Socio mayor de edad o padre/madre/tutor legal de socio menor de edad)**

**FDO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DNI**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_