



Ficha Voluntariado Asociación Síndrome de Down

DATOS PERSONALES

Nombre.....

Apellidos.....

D.N.I.....

Domicilio.....

Teléfono de contacto.....

E-mail.....

DATOS DE PARTICIPACIÓN

Actividad en la que va a colaborar.....

.....

Firma del voluntario

Firma de la entidad

LA ASOCIACIÓN DE PADRES DE NIÑOS AFECTADOS AL SÍNDROME DE DOWN COMUNICA AL VOLUNTARIO QUE LOS DATOS PERSONALES RECOGIDOS EN ESTE ACUERDO SERÁN TRATADOS SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 15/1999 DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. EN CONCRETO, ESTOS DATOS SE INCORPORARÁN A UN FICHERO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DEL QUE ES RESPONSABLE LA ASOCIACIÓN DE PADRES DE NIÑOS AFECTADOS AL SÍNDROME DE DOWN Y CUYA FINALIDAD ES LA GESTIÓN DE LA RELACIÓN CON LOS VOLUNTARIOS DE LA NUESTRA ASOCIACIÓN.

ASIMISMO, PONEMOS EN SU CONOCIMIENTO QUE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL POR USTED PROPORCIONADOS, QUEDAN VINCULADOS A UNA RELACIÓN QUE PODRÁ CONLLEVAR LA CESIÓN DE LOS MISMOS, A ORGANISMOS, ENTIDADES ASEGURADORAS, QUE POR MOTIVO DEL SERVICIO QUE PRESTA A ESTA ASOCIACIÓN SEAN NECESARIOS PARA LLEVAR A CABO SUS FINES Y ACTIVIDADES, ASÍ COMO PARA CUMPLIR SUS OBLIGACIONES LEGALES, OTORGÁNDOLES, DE LA MISMA FORMA, TODAS LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE ÍNDOLE TÉCNICA Y ORGANIZATIVA LEGALMENTE EXIGIDAS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE LOS DATOS, A FIN DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LOS MISMOS.

EL VOLUNTARIO QUEDA OBLIGADO A OBSERVAR EL DEBER DE SECRETO A LA ASOCIACIÓN DE PADRES DE NIÑOS AFECTADOS AL SÍNDROME DE DOWN CONCRETÁNDOSE ESTA OBLIGACIÓN EN EL DEBER DE SIGILO Y CONFIDENCIALIDAD ACERCA DE CUALQUIER TIPO DE INFORMACIÓN QUE PUDIERA CONOCER CON MOTIVO DEL DESARROLLO DEL TRABAJO, POR CONSIGUIENTE, EL USO Y TRATAMIENTO DE DICHA INFORMACIÓN SE RESTRINGIRÁ AL ÁMBITO INTERNO DE LA ASOCIACIÓN QUEDANDO PROHIBIDA SU UTILIZACIÓN FUERA DE LA MISMA.

IGUALMENTE EL VOLUNTARIO PRESTA SU CONSENTIMIENTO PARA LA INCLUSIÓN DE SU IMAGEN, EN REVISTAS, PÁGINAS WEB Y OTROS MEDIOS PUBLICITARIOS QUE LA ASOCIACIÓN ELABORE, CON LA FINALIDAD DE DIFUNDIR LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS Y ACTIVIDADES ORGANIZADAS POR LA ASOCIACIÓN. SI VD. NO DESEA QUE SU IMAGEN SEA UTILIZADA PARA ESTOS FINES, MARQUE LA SIGUIENTE CASILLA

EL VOLUNTARIO PODRÁ EJERCITAR SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DIRIGIÉNDOSE A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN: PASEO DE LOS PISONES Nº 49, 09001 BURGOS O A DOWNBURGOS@SINDROMEDOWNBURGOS.ORG