



AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE EDAD

Don/Doña:.....
con DNI n°....., domicilio en
.....
y teléfono de contacto como padre,
madre o tutor (táchese la que no proceda) de
.....,
con fecha de nacimiento..... y DNI
n°.....

AUTORIZA

Su asistencia a la XVI Conferencia Nacional de Enfermedades Metabólicas Hereditarias, que se celebrará en La Manga (Murcia) los días 14, 15 y 16 de Septiembre de 2.012.

Asimismo, eximo a la Federación Española de Enfermedades Metabólicas Hereditarias, y a los organizadores de dicho encuentro, de cualquier responsabilidad por los actos que mi hijo/a pueda cometer, así como los actos en que pueda participar durante el viaje y la celebración del mencionado evento.

A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales proporcionados se incorporarán (o actualizarán) a los ficheros de **FEDERACION ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES METABÓLICAS HEREDITARIAS**, con dirección **Rúa Aquilino Iglesia Alvariño, 21 Bajo - 27004 (Lugo)**. La finalidad del tratamiento de los datos será la de gestionar la facturación de la entidad, así como para organizar las actividades habituales de la Federación. Los datos personales solicitados en este documento son de carácter obligatorio, por lo que su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en los ficheros antes descritos y de cumplir con la finalidad definida en el párrafo anterior. Ud. tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos previstos en la Ley, que podrá ejercitar mediante escrito dirigido al responsable de los mismos, en la dirección anteriormente indicada

Y para que conste, firmo la presente autorización

En....., a.....de.....de 2.012

Firmado