AUTORIZACIÓN PARTICIPACIÓN DEL MENOR EN LA ACCIÓN FORMATIVA

Don/a.....con DNI..... como (padre, madre, tutor)..... del menor de edad con nombre…….……e dni……., facilitamos el siguiente número de contacto telefónica…….. y email…….……..con dirección en el concello de: ……autorizo mediante la presente la participación en la formación de ACADEMIA TRINIDAD SL que se llevará a cabo en Ourense, concretamente en el ayuntamiento de Nogueira de Ramuín.

Autorizo a ACADEMIA TRINIDAD S.L.. y a la administración pública adscrita a este proyecto para el tratamiento de estos datos personales, y confirmo que son verdaderos.

☐ *Autorizo a ACADEMIA TRINIDAD S.L.. a la captación, reproducción o publicación de fotografías o imágenes que se puedan llevar a cabo durante el desarrollo de la actividad formativa en la que estoy matriculado. Estas fotografías o imágenes podrán ser objeto de publicación en la página web o redes sociales de ACADEMIMA TRINIDAD S.L. y uso para interés público.*

Firma del padre/ madre / tutor