

FULL DE PREINSCRIPCIÓ COLÒNIES'2018

NOM: _____ COGNOMS: _____

EDAT _____ DATA DE NAIXEMENT: _____ CURS ESCOLAR: _____

CARRER: _____ NÚM.: _____ PIS: _____

CP: _____ POBLACIÓ: _____

PROVÍNCIA: _____ TELÈFON: _____ MÒVIL PARES: _____

MAIL (PARE O MARE): _____

HA VINGUT AMB ANTERIORITAT A LES COLÒNIES? _____

TIPUS D'HEMOFÍLIA I GRAU (si és el cas): _____

Observacions (si voleu afegir alguna dada): _____

Fecha:

El sol·licitant autoritza el tractament automatitzat de les dades personals subministrades, necessàries per la prestació dels serveis. Aquestes dades s'inclouran en un fitxer sota el control i supervisió de l'ASSOCIACIÓ CATALANA DE L'HEMOFÍLIA i de la FUNDACIÓ PRIVADA CATALANA DE L'HEMOFÍLIA, Via Laietana 57, 1er, 1era, 08003 Barcelona, davant les quals l'interessat podrà exercir el dret d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació, que la llei li otorgui.