



ZOMBIES' HISTORY

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

DATOS PERSONALES PARTICIPANTE			
Nombre y apellidos			
Fecha de nacimiento			
Lugar del evento		Fecha del evento	
Teléfono asociado		Número de ticket	
AUTORIZACIÓN PADRES/TUTORES			
D./D ^{ña} _____ con NIF _____, padre/madre/tutor/tutora de _____ le autorizo a participar en ZOMBIES' HISTORY en el lugar y fecha indicados.			
Firma del Padre/Madre/Tutor/Tutora.			

- Autorizo a la posible difusión de las imágenes en las que aparezca

Fdo.: _____

(Participante)

Fdo.: _____

(Padre/Madre/Tutor/Tutora)

Alicante, a.....de.....de 20.....

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos y Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que sus datos personales y los datos de su hijo/a tutelado/a serán incluidos en un fichero para su tratamiento propiedad de TEM SPORT & LIFE S.L. La finalidad del tratamiento es la gestión de participantes en ZOMBIES' HISTORY con el fin de prestarles los servicios solicitados. En este sentido, usted consiente de forma expresa a que estos datos sean tratados por el responsable del fichero para dar cumplimiento a la finalidad indicada anteriormente así como para remitirle información relativa a los servicios ofrecidos por la entidad que sean considerados de interés para usted. Asimismo, le informamos que usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando su solicitud y fotocopia de su NIF a info@stcamp.es.