



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria d'Educació,
Universitats i Ocupació



CEIP VIL·LA ROMANA

C/ Sant Vicent Ferrer, 1-C

46470 Catarroja

☎ 96 120 55 80

E-mail: 46029264@edu.gva.es

Web: <https://portal.edu.gva.es/46029264/>

NOM / NOMBRE

AUTORITZACIÓ DE TRASLLAT PER ACCIDENT / AUTORIZACIÓN DE TRASLADO POR ACCIDENTE

En cas d'accident escolar greu, el Centre es veu en l'obligació d'actuar ràpidament. És per això que els informem dels passos que es seguiran. / *En caso de accidente escolar grave, el Centro se ve en la obligación de actuar rápidamente. Es por eso que les informamos de los pasos que se seguirán:*

1. Atenció primària a l'accidentat si és possible. / *Atención primaria al accidentado si es posible.*
2. Avís telefònic als pares o familiars. / *Aviso telefónico a los padres o familiares.*
3. En cas de no trobar a ningú, trasllat immediat al centre mèdic. / *En caso de no encontrar a nadie, traslado inmediato al centro médico.*

| | Persona de contacte / <i>Persona de contacto</i> | Telèfon / Teléfono |
|----|--|----------------------|
| 1. | Pare / <i>padre</i> | <input type="text"/> |
| 2. | Mare / <i>madre</i> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Jo/yo, amb/con DNI

autoritze al CEIP Vil·la Romana per a que prenga les mesures que crega oportunes en cas d'accident escolar greu del meu fill/a el nom del/de la qual apareix a la part superior d'aquesta fulla. / *autorizo al CEIP Vil·la Romana para que tome las medidas que estime oportunas en el caso de accidente escolar grave de mi hijo/a cuyo nombre aparece en la parte superior de esta hoja.*

Signatura del pare/mare/tutor
Firma del padre/madre/tutor/a

Nom/Nombre

Sr./a. , amb/ con DNI ,
pare/mare/ tutor/a legal del *padre/madre/tutor/a legal de*
en el dia/ en el día manifeste/manifiesto:

1. Que se m'ha informat per part dels responsables del centre educatiu CEIP Vil·la Romana que:

- Es realitzarà una activitat de recollida de dades denominada **“Autorització de trasllat per accident”**.
- Que la finalitat de l'activitat o l'ús del tractament de les dades serà per a informar als pares del passos a seguir en cas d'accident i per a autoritzar el trasllat de l'alumne en aquest supòsit.
- Que el Sotsecretari d'Educació, Cultura i Esport és el responsable del tractament i el centre educatiu l'encarregat d'aquestes dades.
- Que l'interessat té els drets d'accés, rectificació i supressió, limitació, cancel·lació i oposició en el tractament de les dades, que es poden exercir per mitjà d'un escrit que acredite la identitat davant del nostre centre (la nostra adreça, postal i electrònica, està a l'encapçalament d'aquest document). La suspensió del consentiment no tindrà caràcter retroactiu.
- Que el termini de conservació d'aquesta informació serà fins que l'alumne finalitze els estudis en el centre.
- Aquest centre educatiu disposa i manté el seu Registre d'Activitats de Tractament, (RAT), d'acord amb la normativa vigent de protecció de dades. Aquesta documentació, on pot trobar més informació, està a la seua disposició en la Secretaria del centre.

2. En relació a la informació anterior, done el meu consentiment perquè el centre pugua fer ús de les dades i documentació demanada en el present formulari, en cas de trasllat en per accident.

3. Així mateix he sigut informat sobre la possibilitat de presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades, especialment quan no haja obtingut resposta satisfactòria en l'exercici dels drets.

1. Que se me ha informado por parte de los responsables del centro educativo CEIP Vil·la Romana de que:

- Se realizará una actividad de recogida de datos denominada **“Autorización de traslado por accidente”**.*
- Que la finalidad de la actividad o uso del tratamiento de los datos será para informar de los pasos a seguir en caso de accidente, así como para autorizar el traslado del alumno en este supuesto.*
- Que el Subsecretario de Educación, Cultura y Deporte es el responsable del tratamiento, y el centro educativo el encargado de estos datos.*
- Que el interesado tiene el derecho de acceso, rectificación y supresión, limitación, cancelación y oposición en el tratamiento de los datos, que se pueden ejercer mediante un escrito que acredite la identidad ante nuestro centro (nuestra dirección, postal y electrónica, está en el encabezamiento de este documento). La suspensión del consentimiento no tendrá carácter retroactivo.*
- Que el plazo de conservación de esta información será hasta que el alumno finalice sus estudios en el centro.*
- Este centro educativo dispone y mantiene su Registro de Actividades de Tratamiento (RAT), de acuerdo a la normativa vigente de protección de datos. Esta documentación, donde puede encontrar más información, está a su disposición en la Secretaría del centro.*

2. En relación a la información anterior, doy mi consentimiento para que el centro pueda hacer uso de los datos y documentación requerida en el presente formulario, en caso de traslado por accidente.

3. Así mismo, se me ha informado sobre la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos, especialmente cuando no se haya obtenido respuesta satisfactoria en el ejercicio de estos derechos.

Signatura del pare/mare/tutor
Firma del padre/madre/tutor/a

Signatura pare/mare en cas de divorci/separació
Firma del padre/madre en caso de divorcio/separación

Nom/Nombre

Nom/Nombre