

NOMBRE DEL ALUMNO/A:	
-----------------------------	--

POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS DEL CENTRO

De conformidad con lo establecido en la siguiente normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal:

- Reglamento UE 2016/679 (Reglamento general de protección de datos)
- Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales
- Resolución de 28 de junio de 2018, Instrucciones para el cumplimiento de la normativa de protección de datos en los centros educativos públicos de titularidad de la Generalitat Valenciana

Le informamos que los datos personales recabados en el proceso de matrícula serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad del IES Dr. Peset Aleixandre (CIF Q9655712I y domicilio social en Avda. Vicente Mortes, 93, 46980-Paterna) y la Conselleria de Educación, a fin de cumplimentar el expediente académico del alumno/a y en su uso legítimo de tratamiento derivado de la Ley Orgánica 2/2006 (LOE). Del mismo modo, se le informa que estos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario y no serán cedidos a terceros salvo obligación legal.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en materia de protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, dirigiendo su petición a la dirección postal arriba indicada anteriormente o al correo electrónico 46006495@edu.gva.es.

Manifiesto mi conformidad con la política de privacidad: ☐ SI ☐ NO

AUTORIZACION DE MATERIALES AUDIOVISUALES

Autorizo al centro para:

- La captación de imágenes u otro material audiovisual del alumno/a en el marco de actividades estrictamente académicas en las que participe
- La publicación de trabajos efectuados por el alumno/a

La difusión de éstos podrá ser bien a nivel interno del centro o a través de su página web y sus redes sociales.

☐ SI ☐ NO

AUTORIZACION PARA ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y COMPLEMENTARIAS

Autorizo al alumno/a a participar en las Actividades Extraescolares y Complementarias aprobadas por el Consejo Escolar del centro ☐ SI ☐ NO

ALUMNO/A, PADRE, MADRE O TUTOR/A NOMBRE: DNI: FECHA Y FIRMA:	ALUMNO, PADRE, MADRE O TUTOR/A NOMBRE: DNI: FECHA Y FIRMA:
---	---