

Como muestra de nuestro compromiso y aprecio por la naturaleza, le rogamos que evite imprimir este documento siempre que sea posible. Por favor, envíe su mensaje por **correo electrónico** a [visit@sierrablancamarbella.com](mailto:visit@sierrablancamarbella.com). También estamos disponibles a través del **teléfono +34 684 25 63 26** para cualquier aclaración que necesite. Al optar por las opciones digitales, estará contribuyendo a la protección del medio ambiente. Gracias por su colaboración.

# MET - PRIVILEGIO DE UNOS POCOS

## CONSENTIMIENTO DE DATOS, IMÁGENES Y SALUD

**Sierra Blanca Events Group SL** es el responsable del tratamiento de sus datos personales y le informa de que se tratarán de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), con el consentimiento del representante legal del interesado, siendo la finalidad del tratamiento la realización de actividades de ocio y formación. Sus datos se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y no se comunicarán a terceros sin su consentimiento, salvo al personal médico que participa en los eventos/actividades organizadas por el responsable, en aras de poder atender las urgencias médicas que ocurran con la mayor rapidez posible y de forma personalizada, atendiendo a las necesidades y alergias de cada participante. También bajo obligación legal.

**Derechos que le asisten:** Derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de los datos, y de limitación u oposición al tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Podrá ejercer los derechos a CALLE SAN BERNABÉ, 4 2B - 29603 MARBELLA (Málaga). E-mail: [visit@sierrablancamarbella.com](mailto:visit@sierrablancamarbella.com).

### Sí No AUTORIZO LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

Participar de las actividades del Responsable.

En caso de necesidad, llevarlo al médico acompañado por educadores/as, voluntarios o personal autorizado del responsable.

Recibir información sobre las actividades y eventos del Responsable.

Grabación de imágenes y vídeos de las actividades para ser colgados en medios propios del Responsable.

Se tratarán datos médicos de los participantes, los necesarios para poder suministrar algún tipo de medicamento necesario y poder organizar según los alérgenos, comidas y medicamentos o tratamientos a aplicar en caso de emergencia.

Yo D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con DNI / NIE / Pasaporte Nº \_\_\_\_\_

con domicilio a \_\_\_\_\_ núm.\_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_, Población \_\_\_\_\_, consiento el tratamiento de los datos en los términos expuestos.

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

### **NOTA IMPORTANTE:**

Es obligatorio adjuntar una imagen digital (foto) del DNI, NIE o pasaporte de la persona que otorga la autorización, con el fin de verificar la identidad del firmante.