

ANEXO I SOLICITUD 2024-2025

1. DATOS PERSONA TITULAR SOLICITANTE (ACOMPÑAR COPIA DEL DNI)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI	FECHA NACIMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AYUNTAMIENTO EN QUE SE ENCUENTRA EMPADRONADA				<input type="text"/>

1.1 DATOS DE CONTACTO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA..)	CÓDIGO POSTAL	AYUNTAMIENTO	TELÉFONO/S
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 PREFERENCIAS

MODALIDAD CON ESTANCIA SIN ESTANCIA

ESTABLECIMIENTO THERMAL DE PREFERENCIA 1

ESTABLECIMIENTO THERMAL DE PREFERENCIA 2

ESTABLECIMIENTO THERMAL DE PREFERENCIA 3

MES DE PREFERENCIA (FECHA DE REFERENCIA)

1.3 DECLARACIÓN RESPONSABLE DA TITULAR, DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo informado/a de la obligación de comunicar a la Diputación de Lugo cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, así como:

- Que **SÍ** me valgo por mi mismo/a para las actividades de la vida diaria.
- Que **SÍ** estoy en condiciones de participar en el programa LugoThermal.
- Que **NO** presento alteraciones del comportamiento que me impidan la convivencia en los establecimientos termales.
- Que **NO** padezco enfermedad transmisible con riesgo de contagio.
- Que **NO** tengo contraindicación médica para la recepción de los tratamientos termales y **ACEPTO** las bases del programa LugoThermal, incluido lo relativo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

2. DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE (ACOMPÑAR COPIA DEL DNI)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI	FECHA NACIMIENTO
<input type="text"/>				

2.1 DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE, DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo informado/a de la obligación de comunicar a la Diputación de Lugo cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, así como:

- Que **SÍ** me valgo por mi mismo/a para las actividades de la vida diaria.
- Que **SÍ** estoy en condiciones de participar en el programa LugoThermal.
- Que **NO** presento alteraciones del comportamiento que me impidan la convivencia en los establecimientos termales.
- Que **NO** padezco enfermedad transmisible con riesgo de contagio.
- Que **NO** tengo contraindicación médica para la recepción de los tratamientos termales y **ACEPTO** las bases del programa LugoThermal, incluido lo relativo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

Para información adicional relativa a la protección de sus datos, por favor, consulte el enlace web siguiente: http://deputacionlugo.gal/registro_actividades_tratamiento/servizo_thermalismo

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA PROTECCIÓN DE SUS DATOS	
RESPONSABLE	Diputación de Lugo.
RESPONSABLE	Bienestar Social e Igualdad.
FINALIDAD	Servicio de prevención de la dependencia a través del envejecimiento activo. El objeto es facilitar la asistencia, a los tratamientos que en los balnearios se prestan, a las personas mayores de 50 años, para que estas reciban tratamientos termales por prescripción facultativa, cuyo fin sea la prevención, la rehabilitación de una dolencia o la prevención y/o curación.
LEGITIMACIÓN	RGPD: 6.1.e) Tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Ley 8/1989, de 15 de junio, de delimitación y coordinación de las competencias de las Diputaciones Provinciales de Galicia.
DESTINATARIAS	Otras administraciones.
DERECHOS	Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y en su caso, oposición y portabilidad de los datos.
PROCEDENCIA	La propia interesada o de su representante legal.

En , a de de 202

FIRMA DE LA TITULAR
Firmado (la persona titular)

FIRMA DE LA ACOMPAÑANTE
Firmado (la persona acompañante)