

INSCRIPCIÓN ESCUELA DE TALENTOS

El Ayuntamiento de Mazarrón, a través de la concejalía de Política Social, implanta un servicio de **ESCUELA DE TALENTOS PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL** en el Municipio de Mazarrón. En este caso, la sede donde se llevará a cabo su desarrollo será CEIP Francisco Caparrós (Mazarrón), cuyo centro educativo se encuentra acondicionado para este servicio con un Aula Abierta. El horario se encuentra comprendido entre las 9.00h (inicio actividad) y las 14:00h (finalización actividad). Esta iniciativa se encuentra dirigida a personas con diversidad funcional con al menos un 33% de discapacidad, desde los 3 hasta los 20 años y aquellas personas con diversidad funcional empadronadas en Mazarrón, o personas usuarias de Centros ubicados en el Municipio de Mazarrón (**EN EL CASO DE LISTA DE ESPERA TENDRAN PRIORIDAD LAS PERSONAS EMPADRONADAS EN EL MUNICIPIO, y POR ORDEN DE ENTRADA EN REGISTRO**). La duración de la actividad comprende desde el 29 de junio al 14 de agosto de 2026, ambos incluidos. La recogida de inscripciones se efectuará a través de Registro de entrada del Ayuntamiento de Mazarrón o por Sede Electrónica. **Se deben marcar las semanas que se tiene previsto asistir.**

DATOS NIÑO/A PARTICIPANTE

Nombre			Apellidos			
Fecha de Nacimiento			DNI/Pasaporte/NIE			
Lugar de Nacimiento:			Provincia			País
Dirección					C.P.	
Municipio			Provincia			

PADRE/MADRE/TUTOR/A 1

Nombre			Apellidos			
Fecha de nacimiento			DNI / Pasaporte / NIE			
Lugar de Nacimiento:			Provincia			País
Teléfonos:						

PADRE / MADRE / TUTOR / A 2

Nombre			Apellidos			
Fecha de nacimiento			DNI / Pasaporte / NIE			
Lugar de Nacimiento:			Provincia:			País
Teléfonos:						

AUTORIZACIÓN RECOGIDA:

Autorizo a las siguientes personas para que recojan al/la niño/a al finalizar la actividad:

FAMILIAR/PARENTESCO	NOMBRE	TELÉFONO

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA, TRATAMIENTO Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE LOS PROGENITORES

ENTIDAD	AYUNTAMIENTO DE MAZARRÓN		
PROGRAMA	ESCUELA DE TALENTOS		
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR			
APELLIDOS:		NOMBRE:	
DNI:	TELÉFONO:		
DOMICILIO:			
MUNICIPIO:	CP:		

Por favor, antes de firmar lea detenidamente la información de este documento.

1. Mediante la cumplimentación y firma de este documento, el interesado/a acepta y autoriza expresamente que sus datos personales, sean tratados en la forma Y CON LAS LIMITACIONES Y DERECHOS QUE RECOGE LA **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales**.
2. Asimismo, se le informa de lo siguiente:
 - a) Sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es el Ayuntamiento de Mazarrón con domicilio C. San Antonio, 2 con CIF P3002600I. Además, sus datos podrán ser comunicados a las entidades locales, autonómicas y estatales que intervengan en el Proyecto.
 - b) Con la firma de este documento el/la interesado/a autoriza a la entidad citada y a la Administración Regional y Local para que realicen consultas en ficheros públicos para acreditar la concurrencia de requisitos para poder participar en los programas subvencionados a través de la convocatoria de subvenciones
 - c) De acuerdo con la legislación vigente, el interesado tiene derecho a ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Limitación del Tratamiento, Portabilidad y Oposición en la forma prevista en la citada Ley Orgánica y en su reglamento de desarrollo.
 - d) El programa en el que participa está financiado por el Ayuntamiento de Mazarrón, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, y el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.
3. En caso de que el número de inscripciones supere el número de plazas, se considerará como criterio por orden de registro de entrada, con prevalencia de las personas empadronadas en el Municipio de Mazarrón.

DECLARO, bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que figuran en este formulario, y me comprometo a facilitar los datos que me sean requeridos en un futuro inmediato.

- * Se valorará asistencia, pudiendo cubrir la plaza por otra persona en el caso de faltas sin justificar.
- * Las semanas que queden plazas libres, podrán ser cubiertas por personas en lista de espera.

En Mazarrón, a de 2026

Firma: _____

MARCAR ASISTENCIA (x)	Semana	Fecha de Inicio	Fecha de Fin	Notas / Observaciones
	Semana 1	Lunes, 29 de junio	Viernes, 3 de julio	
	Semana 2	Lunes, 6 de julio	Viernes, 10 de julio	
	Semana 3	Lunes, 13 de julio	Viernes, 17 de julio	
	Semana 4	Lunes, 20 de julio	Viernes, 24 de julio	
	Semana 5	Lunes, 27 de julio	Viernes, 31 de julio	
	Semana 6	Lunes, 3 de agosto	Viernes, 7 de agosto	
	Semana 7	Lunes, 10 de agosto	Viernes, 14 de agosto	

OTROS DATOS DE INTERÉS QUE DESEE CONTAR:

La finalidad de solicitar esta información es **exclusivamente** garantizar la **seguridad, salud Y bienestar** del/de la participante, y **adaptar las actividades y la atención** proporcionada durante el desarrollo del taller.

El personal que tratará esta información sensible está sujeto a la **obligación de secreto profesional y confidencialidad**.

Por tanto, y de acuerdo con lo dispuesto en el **artículo 9 del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)** se precisa el consentimiento explícito del solicitante o sus representantes legales para el tratamiento de la información:

Declaro bajo mi responsabilidad la veracidad de estos datos

FIRMA padre/madre y/o tutor/a:

Fecha: de 2026

Manifiesto que dado que el derecho a la propia imagen est re conocido al artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen; por parte del Ayuntamiento de Mazarrón se solicita la autorización para que, de forma voluntaria y carácter gratuito, las fotografías o vídeos que se realicen del/de la participante durante el ejercicio de la actividad, puedan ser utilizadas por estas entidades sin límite temporal ni geográfico alguno, encuantas acciones y actividades realice para el cumplimiento de sus fines y objetivos institucionales. En consecuencia, el Ayuntamiento de Mazarrón queda autorizado a utilizar las imágenes del/la participante, captadas en el ejercicio de la actividad descrita, para su impresión, reproducción, difusión, distribución, exposición, publicación, etc. en cualquier medio o soporte (carteles, web, folletos etc), en el marco del desarrollo y para la diffusion de las actividades de la entidad, comprometiéndose, asimismo, a no hacer uso de la imagen del/la participante para otros fines distintos.

Marca con una X a la conformidad de la cesión de imágenes:

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

Nota: La inscripción deberá estar totalmente cumplimentada y firmada por ambos progenitores/tutores o bien el/la firmante se compromete a informar al otro progenitor.

La inscripción en el proyecto conlleva la aceptación de las normas de funcionamiento del mismo.

Tutor1

Lugar y fecha:

Firma:

Tutor2

Lugar y fecha:

Firma:

LOS ARRIBA FIRMANTES DECLARAMOS BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD, que son ciertos los datos Consignados en la presente solicitud.

En cumplimiento de la normativa vigente de Protección de Datos Personales y con el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea 2016/679, se le informa de la incorporación de sus datos personales a un fichero cuyo responsable es el Ayuntamiento de Mazarrón. El titular podrá ejercitar sus derechos de **acceso, Rectificación, Supresión, Limitación del Tratamiento, Portabilidad y Oposición** sobre los mismos mediante escrito dirigido al domicilio responsable, en Plaza del Ayuntamiento núm. 1. En el domicilio del responsable se hallan a su disposición modelos de escrito para el ejercicio de tales derechos.

Mazarrón a ____ de _____ de 2026

Fdo.

DATOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD:

- Fotocopia del D.N.I./N.I.E en vigor de todos los miembros de la unidad familiar.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del / la solicitante.
- Acreditación del grado de discapacidad.
- Libro de familia completo.