****

**CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

**PARROQUIA DE SAN JUAN DE ÁVILA**CIF: R1900307H.  
DIRECCIÓN: Constitución, 31 A   
CP Y POBLACIÓN: 1903 Guadalajara  
E-MAIL: parroquia@sjavila.es

En cumplimiento del Decreto General de la CEE de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos de que sus datos personales pasarán a formar parte de los sistemas de información de la PARROQUIA DE SAN JUAN DE ÁVILA cuya finalidad es la gestión de los datos de los participantes en actividades, grupos o movimientos parroquiales, para su coordinación integral y control, así como el envío de comunicaciones.

La legitimación del tratamiento se basa en la aplicación del artículo 6.1.2 del citado Decreto General, por el que el interesado otorga a la parroquia citada el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales. Los datos que nos ha proporcionado se conservarán mientras no solicite su supresión o cancelación y siempre que resulten adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario para los fines para los que sean tratados.

**(Poner en el recuadro SI o NO)** Autorizo la captación y difusión de imágenes en medios propios o de entidades eclesiásticas afines, durante la celebración de actividades parroquiales

Sus datos no serán comunicados a terceros salvo en las excepciones previstas por obligaciones legales. La comunicación de datos personales entre las entidades eclesiásticas está permitida si es consecuencia del cumplimiento de una norma o necesario para la realización de sus fines lícitos de conformidad con el artículo 6 del Decreto General.

Podrá ejercitar su derecho a solicitar el acceso a sus datos, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento, la oposición del tratamiento o la portabilidad de los datos, dirigiendo un escrito junto a la copia de su DNI a la dirección de la parroquia indicada anteriormente.

En caso de disconformidad, Vd. tiene derecho a elevar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

He sido informado y autorizo expresamente el tratamiento.

NOMBRE Y APELLIDOS: …………………………………………………………

DNI:…………………………………

FECHA: Guadalajara,…../…../………

Fdo.

(En caso de menores de 18 años deberán firmar padre y madre o tutor legal)