



ESCUELA DE ACTORES DE CANARIAS
CENTRO SUPERIOR AUTORIZADO DE ARTE DRAMÁTICO

SEDE GRAN CANARIA

grancanaria@webeac.org
www.webeac.org

FOTO

NOMBRE
ESCRITO
AL DORSO

FICHA DE INSCRIPCIÓN. CURSOS ABIERTOS

CURSO AL QUE SE INSCRIBE: _____

PROFESOR/A: _____

FECHA: _____

ALUMNO/A: _____

DNI: _____ EDAD: _____ 📞 FIJO/MOVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____

ESTUDIOS TERMINADOS: _____

Personas Responsables:

Madre o tutora legal

Yo, D _____

DNI: _____ 📞 FIJO/MOVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Firma:

Padre o tutor legal

Yo, D _____

DNI: _____ 📞 FIJO/MOVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Firma:

En _____, a _____ de _____ de 20__

Para confirmar la PLAZA presentar en SECRETARÍA:

- Una **foto tamaño carnet**, con el nombre escrito al dorso.
- Fotocopia del **DNI** (ambas caras) del Alumno y de Personas Responsables.
- **Autorización** datos personales e imagen del menor (página 2).
- **Autorización** recogida del menor (página 3).
- Documento de **Autorización** ó **Renovación** de la domiciliación bancaria de la cuota mensual.
- **Comprobante** del ingreso bancario del pago único de la matrícula del año, especificando en concepto el nombre de la persona que asiste al Curso.

Titular: ESCUELA DE ACTORES DE CANARIAS:

Caja Siete: ES85 3076 0840 12 2286629528



ESCUELA DE ACTORES DE CANARIAS
CENTRO SUPERIOR AUTORIZADO DE ARTE DRAMÁTICO

SEDE GRAN CANARIA

grancanaria@webeac.org

www.webeac.org

FOTO

NOMBRE
ESCRITO
AL DORSO

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES E IMAGEN

ALUMNO/A: _____

EDAD: _____ CURSO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento de los datos:

ESCUELA DE ACTORES DE CANARIAS S.COOP.

F38038857

Calle Pedro Suárez Hernández 5, (el Ramonal), 38009 - Santa Cruz De Tenerife

Teléfono: 922235310

Correo-e: protecciondedatos@webeac.org

Puede contactar con el Delegado de Protección de Datos en la siguiente dirección de correo-e aixa0749@dpcanarias.com.

Finalidad: Los datos personales facilitados serán utilizados para la gestión y organización de las acciones formativas de ESCUELA DE ACTORES DE CANARIAS S.COOP., tales como talleres, cursos, charlas, etc., así como para el control de asistencia y emisión de certificados de aprovechamiento, en su caso, y para la facturación del servicio.

Los datos y las imágenes a las que nos haya dado su autorización serán conservadas mientras sean necesarios para la finalidad para la que han sido recabados o mientras no revoque por escrito el consentimiento prestado.

El titular de los datos se compromete a comunicar cualquier modificación que sufran los datos facilitados y a mantener éstos completamente actualizados.

Legitimación: Estamos legitimados para tratar sus datos en base a:

Artículo 6.1.b) RGPD el tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que el interesado es parte o para la aplicación a petición de este de medidas precontractuales;

Artículo 6.1.c) RGPD el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.

Artículo 6.1. a) el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos de los indicados a continuación. Rogamos marque con una X la casilla correspondiente:

Autorizo el uso de imagen y/o grabaciones de imagen y/o voz tomadas o realizadas durante la actividad y cedo su utilización a título gratuito a ESCUELA DE ACTORES DE CANARIAS S.COOP., el cual será el titular exclusivo de los mismos, pudiendo publicarlas en sus instalaciones, página web o redes sociales:

Autoriza

No autoriza

Autorizo el envío de informaciones relativas a las actividades o eventos que se realicen por parte de ESCUELA DE ACTORES DE CANARIAS S.COOP. y que puedan ser de mi interés, por medios electrónicos:

Autoriza

No autoriza

Destinatarios: Sus datos serán cedidos a terceras empresas o entidades cuando resulte indispensable para la prestación del servicio o actividad solicitados, en caso de emisión de títulos propios del centro, sus datos serán cedidos a las administraciones públicas y organismos obligados por Ley.

Derechos: Pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación, a no ser sometido a decisiones individualizadas basadas únicamente en tratamientos automatizados, o revocar el consentimiento prestado ante ESCUELA DE ACTORES DE CANARIAS S.COOP., en la dirección arriba indicada.

Información Adicional: Puede solicitar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el siguiente correo-e: protecciondedatos@webeac.org

- Presentar en SECRETARÍA:**
- Una foto tamaño carnet, con el nombre escrito al dorso.
 - Fotocopias del DNI (ambas caras).

Personas Responsables del menor:

Madre o tutora legal

Yo, D _____

DNI: _____ FFIJO/MOVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Firma:

Padre o tutor legal

Yo, D _____

DNI: _____ FFIJO/MOVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Firma:

En _____, a _____ de _____ de 20__

C/ Pedro Suárez Hernández, s/n 38009 S/C Tenerife. ☎ 922 23 53 10 / 57 91 ☎ Fax: 922 22 02 04. tenerife@webeac.org

C/ Sor Brígida, 1 35001 Las Palmas de Gran Canaria. ☎ 928 33 47 84 / 86 ☎ Fax: 928 33 47 85. grancanaria@webeac.org

www.webeac.org



ESCUELA DE ACTORES DE CANARIAS
CENTRO SUPERIOR AUTORIZADO DE ARTE DRAMÁTICO

SEDE GRAN CANARIA

grancanaria@webeac.org
www.webeac.org

FOTO

NOMBRE
ESCRITO
AL DORSO

AUTORIZACIÓN RECOGIDA.

ALUMNO/A: _____

EDAD: _____ CURSO AL QUE SE INSCRIBE: _____

Personas Responsables del menor:

Madre o tutora legal

Yo, D _____

DNI: _____ FIJO/MOVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Firma: _____

Padre o tutor legal

Yo, D _____

DNI: _____ FIJO/MOVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Firma: _____

En _____, a ____ de _____ de 20__

Autorizo a mi hijo/a o tutelado/a que al finalizar la clase se va

**SOLO
ACOMPAÑADO**

En caso de que el alumno se vaya siempre acompañado, indicar las persona autorizadas a recogerlo:

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

DNI: _____ FIJO/MOVIL: _____

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

DNI: _____ FIJO/MOVIL: _____

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

DNI: _____ FIJO/MOVIL: _____

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

DNI: _____ FIJO/MOVIL: _____

Presentar en SECRETARÍA:

- Una foto tamaño carnet del menor, con el nombre escrito al dorso.
- Fotocopias del DNI (ambas caras) de las personas responsables y del menor.