

## ANEXO I SOLICITUDE 2023-2024

## 1. DATOS PERSONA TITULAR SOLICITANTE (ACOMPANHAR COPIA DO DNI)

| NOME                                | PRIMEIRO APELIDO     | SEGUNDO APELIDO      | DNI                  | DATA NACEMENTO       |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CONCELLO NO QUE SE ATOPA EMPADROADA |                      |                      |                      | <input type="text"/> |

## 1.1 DATOS DE CONTACTO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

| DOMICILIO (RÚA, NÚMERO, ESCALEIRA..) | CÓDIGO POSTAL        | CONCELLO             | TELÉFONO/S           |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## 1.2 PREFERENCIAS

MODALIDADE  CON ESTANCIA  SEN ESTANCIA

| ESTABLECEMENTO TERMAL DE PREFERENCIA 1    | ESTABLECEMENTO TERMAL DE PREFERENCIA 2    |
|---|---|
| <input type="text"/>                      | <input type="text"/>                      |
| MES DE PREFERENCIA 1 (DATA DE REFERENCIA) | MES DE PREFERENCIA 2 (DATA DE REFERENCIA) |
| <input type="text"/>                      | <input type="text"/>                      |

## 1.3 DECLARACIÓN RESPONSABLE DA TITULAR, DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE que son certos os datos que consigno na presente solicitude, manifestando que quedo informado/a da obriga de comunicar á Deputación de Lugo calquera variación que dos mesmos puidera producirse no sucesivo, así como:

- Que **SI** me valgo por min mesmo/a para as actividades da vida diaria.
- Que **SI** estou en condicións de participar no programa LugoTermal.
- Que **NON** presento alteracións do comportamento que me impidan a convivencia nos establecementos termiais.
- Que **NON** padezo enfermidade transmisible con risco de contaxio.
- Que **NON** teño contraindicación médica para a recepción dos tratamentos termiais e **ACEPTO** as bases do programa LugoTermal

## 2. DATOS DA PERSONA ACOMPAÑANTE (ACOMPANHAR COPIA DO DNI)

| NOME                 | PRIMEIRO APELIDO     | SEGUNDO APELIDO      | DNI                  | DATA NACEMENTO       |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## 2.1 DECLARACIÓN RESPONSABLE DA PERSONA ACOMPAÑANTE, DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE que son certos os datos que consigno na presente solicitude, manifestando que quedo informado/a da obriga de comunicar á Deputación de Lugo calquera variación que dos mesmos puidera producirse no sucesivo, así como:

- Que **SI** me valgo por min mesmo/a para as actividades da vida diaria.
- Que **SI** estou en condicións de participar no programa LugoTermal.
- Que **NON** presento alteracións do comportamento que me impidan a convivencia nos establecementos termiais.
- Que **NON** padezo enfermidade transmisible con risco de contaxio.
- Que **NON** teño contraindicación médica para a recepción dos tratamentos termiais e **ACEPTO** as bases do programa LugoTermal

Para información adicional relativa á protección dos seus datos, por favor, consulte o enlace web seguinte: [http://deputacionlugo.gal/registro\\_actividades\\_tratamiento/servizo\\_termalismo](http://deputacionlugo.gal/registro_actividades_tratamiento/servizo_termalismo)

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DOS SEUS DATOS |  |
|--|--|
| RESPONSABLE  | Deputación de Lugo   |
| RESPONSABLE  | Benestar Social e Igualdade  |
| FINALIDADE   | Servizo de prevención da dependencia a través do envellecemento activo. O obxecto é facilitar a asistencia, aos tratamentos que nos balnearios se prestan, ás persoas maiores de 50 anos, para que estas reciban tratamentos termiais oor prescrición facultativa, cuxo fin sexa a prevención, a rehabilitación dunha doenza ou a prevención e/ou curación |
| LEXITIMACIÓN   | RGPD: 6.1.e) Tratamento necesario para o cumprimento dunha misión realizada en interese público ou no exercicio de poderes públicos conferidos ao responsable do tratamento. Lei 8/1989, de 15 de xuño, de delimitación e coordinación das competencias das Deputacións Provinciais de Galicia   |
| DESTINATARIOS  | Outras administracións   |
| DEREITOS   | Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación do tratamento e, no seu caso, oposición e portabilidade dos datos  |
| PROCEDENCIA  | O propio interesado ou o seu representante legal   |

En , a  de  de 2024

SIGNATURA DA TITULAR

SIGNATURA DA ACOMPAÑANTE

Asinado (a persoa titular)

Asinado (a persoa acompañante)