

D./D.ª \_\_\_\_\_  
con DNI n.º \_\_\_\_\_ y con domicilio en la calle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### DECLARA

Haber leído y estar conforme con el documento en donde se reseña que la AGRUPACIÓN DE PERSONAS SORDAS DE ZARAGOZA Y ARAGÓN en cumplimiento con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal va a utilizar los datos que le he facilitado hasta la fecha para incorporarlos en unos ficheros en cumplimiento con dicha Ley para su tratamiento informático.

### AUTORIZA Y CEDE

A la AGRUPACION DE PERSONAS SORDAS DE ZARAGOZA Y ARAGÓN pueda utilizar su imagen para ser publicada en la Revista Imagen, para memorias, folletos, carteles, DVD, Página Web de la Agrupación de personas sordas de Zaragoza y Aragón etc...

### AUTORIZA

A la AGRUPACION DE PERSONAS SORDAS DE ZARAGOZA Y ARAGON de conformidad con la legislación vigente de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/99 y Art. 197 del Código Penal) que establece un conjunto de obligaciones en el tratamiento de datos de carácter personal, le informa que los datos que nos facilite en ningún momento serán cedidos a terceros salvo para la necesidad de completar los servicios que nos ha solicitado.

Y para que conste a todos los efectos oportunos, firmo el presente documento en Zaragoza a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firmado.: \_\_\_\_\_