



## Formulario de adhesión al IVPAS a través de la Red Local de Acción en Salud de Andalucía (RELAS)

EL ABAJO FIRMANTE, EN REPRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD LOCAL

**AYUNTAMIENTO DE BELMEZ**

EXPRESA EL COMPROMISO DE ADHESIÓN AL IV PAS A TRAVÉS DE LA RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD DE ANDALUCÍA (RELAS), ADOPTADO POR ACUERDO DEL PLENO CELEBRADO EL DÍA **17 DE JULIO** DE **2014** CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO A TRAVÉS DE LA ELABORACIÓN DE UN PLAN LOCAL DE SALUD.

NOMBRE DE LA ENTIDAD LOCAL:

**AYUNTAMIENTO DE BELMEZ**

NOMBRE DE LA PERSONA QUE OSTENTA LA ALCALDÍA O PRESIDENCIA:

**JOSÉ PORRAS FERNÁNDEZ**

LUGAR, FECHA:

**BELMEZ, 22 DE ENERO DE 2021**

FIRMA





## DATOS PERSONALES

1. La remisión del presente formulario implica la autorización expresa a la Consejería competente en materia de salud para integrar en un fichero automatizado de su responsabilidad los datos de carácter personal facilitados.
2. Sus datos se conservarán hasta que usted nos solicite su cancelación.
3. En todo momento podrá ejercer sus derechos de transparencia, información, acceso, rectificación, supresión o derecho al olvido, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento de la información que le concierne y autoriza a formar parte de los tratamientos de datos personales llevados a cabo por la Consejería.
4. Los derechos podrá hacerlos efectivos ante la Consejería competente en materia de salud dirigiéndose por correo postal a nuestra sede, Av. De la Innovación, edificio Arena I, 41020, Sevilla, o a la siguiente dirección de correo electrónico: [relas.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:relas.csalud@juntadeandalucia.es), si bien, en el encabezamiento se deberá añadir el título "protección de datos", y la comunicación deberá acompañarse de una fotocopia del DNI, por tratarse de un derecho personalísimo.
5. Usted tendrá, asimismo, el derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control, la Agencia Española de Protección de Datos, por un tratamiento ilícito relativo a sus datos personales.

Acepto todas las condiciones de participación en la Red y en especial las relativas a los datos personales

Sí, acepto





Deben cumplimentar el formulario de adhesión y remitirlo a: [relas.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:relas.csalud@juntadeandalucia.es)

### Información sobre su Entidad Local



**NOMBRE**

AYUNTAMIENTO DE BELMEZ



**CIF**

P1400900E



**DIRECCIÓN POSTAL**

CALLE CÓRDOBA, 1

**CÓDIGO POSTAL**

14240

**LOCALIDAD**

BELMEZ

**PROVINCIA**

CÓRDOBA



**TELÉFONOS**

957580012



**CORREO ELECTRÓNICO**

[alcaldia@belmez.es](mailto:alcaldia@belmez.es)



**PÁGINA WEB**

[www.belmez.es](http://www.belmez.es)

### Datos del Concejal/a responsable



**NOMBRE Y APELLIDOS**

BÁRBARA MURILLO NÚÑEZ



**CARGO**

CONCEJALA DE SALUD



**DIRECCIÓN POSTAL**

CALLE CÓRDOBA,

**CÓDIGO POSTAL**

14240

**LOCALIDAD**

BELMEZ

**PROVINCIA**

CÓRDOBA



**TELÉFONOS**

637040294



**CORREO ELECTRÓNICO**

[concejaliaculturabelmez@gmail.com](mailto:concejaliaculturabelmez@gmail.com)

### Datos del Representante Técnico



**NOMBRE Y APELLIDOS**

JÉSSICA REBOLLO GIRÓN



**CARGO**

TÉCNICA EN SALUD



**DIRECCIÓN POSTAL**

CALLE CÓRDOBA, 1

**CÓDIGO POSTAL**

14240

**LOCALIDAD**

BELMEZ

**PROVINCIA**

CÓRDOBA



**TELÉFONOS**

673101817



**CORREO ELECTRÓNICO**

[jessica.rebollo.giron@hotmail.com](mailto:jessica.rebollo.giron@hotmail.com)