



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

EL ABAJO FIRMANTE, EN REPRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD LOCAL

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 DE DE 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:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE OSTENTA LA ALCALDÍA O PRESIDENCIA:

LUGAR, FECHA:

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, 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




Información sobre su Entidad Local

		NOMBRE	
		CIF	
		DIRECCIÓN POSTAL	
		CÓDIGO POSTAL	
		LOCALIDAD	
		PROVINCIA	
		TELÉFONOS	
		CORREO ELECTRÓNICO	
	PÁGINA WEB		

Datos del Concejal/a responsable

		NOMBRE Y APELLIDOS	
		CARGO	
		DIRECCIÓN POSTAL	
		CÓDIGO POSTAL	
		LOCALIDAD	
		PROVINCIA	
		TELÉFONOS	
		CORREO ELECTRÓNICO	

Datos del Representante Técnico

		NOMBRE Y APELLIDOS	
		CARGO	
		DIRECCIÓN POSTAL	
		CÓDIGO POSTAL	
		LOCALIDAD	
		PROVINCIA	
		TELÉFONOS	
		CORREO ELECTRÓNICO	