

Declaración responsable e autorización de acceso para dar cumprimento ao artigo 13.5 da Lei Orgánica 1/1996, do 15 de xaneiro de protección xurídica do menor (LOPXM)

| | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|----------------------|
| Apelidos e nome: | | Sexo: H <input type="checkbox"/> DNI/NIE | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | M <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Data de nacemento: (dd/mm/aaaa) | Nacionalidade (se non é española): | País de nacemento (se non é España) | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Localidade de nacemento: | | Provincia de nacemento: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Nome do pai (como aparece no DNI): | | Nome da nai (como aparece no DNI): | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Teléfono: | Enderezo electrónico: | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Enderezo postal: | Localidade: | C.P. | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Categoría: | Vinculación | Centro de traballo: | |
| <input type="text"/> | Fixo: <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | |
| | Temporal: <input type="checkbox"/> | | |

DECLARO que non fun condenado por sentenza firme por ningún delito contra a liberdade e a indemnidade sexual, que inclúe a agresión e abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo e provocación sexual, prostitución e explotación sexual e corrupción de menores, así como por trata de seres humanos.

AUTORIZO á Axencia Galega de Sangue, Órganos e Tecidos para consultar os datos contidos no Rexistro Central de Delincuentes Sexuais e solicitar no meu nome a certificación (marque cun x o que corresponda),

SI NON – No caso de non autorizar deberá solicitar certificación e entregala persoalmente no seu centro de traballo.

AUTORIZO así mesmo á Axencia Galega de Sangue, Órganos e Tecidos para consultar meus datos de identidade para poder acceder a dita consulta no Rexistro Central de Delincuentes Sexuais

SI NON – No caso de non autorizar deberá cubrir completa e correctamente todos os datos do formulario.

A persoa abaixo asinante declara baixo a súa expresa responsabilidade que son certos cantos datos figuran na presente solicitude. Así mesmo, asume a obriga de comunicar a existencia dunha sentenza firme polos delitos do artigo 13.5 da LOPXM que se produzan con posterioridade a sinatura desta declaración.

En _____, a ____ de _____ de 2018

Asdo.: _____

AXENCIA GALEGA DE SANGUE, ÓRGANOS E TECIDOS
Avda. Monte da Condesa, s/n
15705 – Santiago de Compostela

PROTECCION DE DATOS

En cumprimento do disposto na normativa de protección de datos de carácter persoal, informámolo/a que os datos persoais obtidos ao cubrir este documento e demais que se achegan van ser incorporados, para o seu tratamento, nun ficheiro. Así mesmo, informámolo/a que a recollida e tratamento dos ditos datos ten como finalidade dar cumprimento ao disposto no artigo 13.5 da Lei Orgánica de Protección Xurídica do Menor. Os/as interesados/as poderán exercer os dereitos de acceso, rectificación, supresión, portabilidade, oposición e limitación do tratamento previstos na lei mediante un escrito dirixido ao órgano competente en materia de persoal.

Máis información en <https://www.sergas.gal/protecciondatos>