



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA



Observatori Astronòmic
VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

AUTORIZACIÓN DEL ALUMNADO PARTICIPANTE O DE SU PADRE / MADRE O TUTOR/A

_____, ____ de _____ 20__

Rellenar este espacio si la persona es mayor de 14 años:

D./Dña. _____ mayor de edad, titular del DNI: _____, por el presente documento manifiesto los siguientes consentimientos:

Rellenar este espacio si la persona es menor de 14 años o está incapacitada/o legalmente:

D./Dña. _____, mayor de edad, titular del DNI: _____, [padre, madre o tutor/a legal de _____], por el presente documento manifiesto los siguientes consentimientos:

Información de la Visita Virtual al “Aula del Cel”

He sido informado/a que la visita virtual se realizará a través de videoconferencia bidireccional con el Aula del Cel del Observatori Astronòmic de la Universitat de València. Los datos únicamente serán utilizados para el desarrollo propio y necesario de la visita virtual al Aula del Cel del Observatori Astronòmic de la Universitat de València.

Datos personales

Consiento el tratamiento de mis datos personales o de mi representado/a, incluida la imagen i/o voz, dentro del marco de la actividad y las finalidades necesarias para el desarrollo de la misma.

Registros de imagen y/o sonido

En el marco del desarrollo de la actividad únicamente será necesario retransmitir imagen y/o voz de los participantes durante la videoconferencia bidireccional con el Aula del Cel del Observatori Astronòmic de la Universitat de València.

Ejercicio de derechos

Las autorizaciones concedidas en este documento podrán ser revocadas mediante la presentación del oportuno escrito. Asimismo, podrá notificar esta revocación y/o ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento, mediante presentación de escrito adjuntando documento identificativo.

Para ello diríjase a:
Secretaría General - Universitat de València
Av. Blasco Ibáñez, 13. 46010, Valencia”.

(Se recomienda que en su solicitud indique Vd. el título “Visita Virtual al Aula del Cel”)

Y en prueba de conformidad, firmo el presente documento en el lugar y la fecha indicados en el encabezamiento.

Nombre y apellidos	Nombre y apellidos
Firma PADRE / MADRE / TUTOR/A	Firma ESTUDIANTE