

ANEXO 2

**CERTAMEN FOTOGRÁFICO**

Colegiado/a Nº (Rellenar solo si se opta a las categorías a, b, c y d) .....

Nombre.....

Apellidos.....

Teléfono de contacto: .....

Correo electrónico.....

**Categoría en la que participa:**

**Categoría A.** Título de la Fotografía: .....

**Categoría B.** Título de la Fotografía: .....

**Categoría C.** Título de la Fotografía: .....

**Categoría D.** Título de la Fotografía: .....

**Categoría E.** Título de la Fotografía 1: .....

Título de la Fotografía 2: .....

*Le informamos que, en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, serán tratados como Responsable por COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE LA RIOJA con domicilio en Logroño, Plaza Tomás y Valiente 4, Bajo, que tiene como finalidad la gestión del certamen fotográfico organizado. La base jurídica del tratamiento es el consentimiento prestado a través de su participación. Además, la firma de este documento significa la autorización y por tanto, el consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos con las siguientes finalidades (marque la casilla si está de acuerdo con el tratamiento):*

***Autorización para publicar la foto y mi nombre.***

*Puede ejercer en todo momento sus derechos, así como obtener una información más exhaustiva acerca del tratamiento que el Colegio realiza de sus datos personales en [www.colegioenfermeriarioja.org](http://www.colegioenfermeriarioja.org).*

Conforme con las bases de la convocatoria

Firmado