

ANEXO 2

CERTAMEN FOTOGRAFICO

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 1. Título de la Fotografía:**

☐ **Categoría 2. Título de la Fotografía:**

☐ **Categoría 3. Título de la Fotografía:**

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.

Conforme con las bases de la convocatoria

Firmado