

DECLARACIÓ RESPONSABLE PER A FAMÍLIES USUÀRIES DEL SERVEI D'ESPAI FAMILIAR "SALTIRONS" / SERVEI DE CONCILIACIÓ FAMILIAR

Dades personals declarant:

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a:

DNI/NIF:

Dades per a notificacions

☐ Sol·licitant

Adreça:

Municipi:

CP:

Telèfon fix:

Telèfon mòbil:

Adreça electrònica:

Vull ser notificat per mitjans electrònics

☐

Sí

☐

No

1. Declaració responsable del pare, mare o tutor de l'infant usuari del Servei:

- ☐ Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament del servei d'Espai Familiar/ Conciliació Familiar, i per tant entenc que el personal vinculat al servei, i l'entitat titular i prestadora del mateix, no són responsables de les contingències que es pugin ocasionar en relació a la pandèmia
- ☐ Que he estat informat i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme si apareix el cas d'un usuari del servei amb simptomatologia compatible amb la Covid-19, durant el desenvolupament del servei.
- ☐ Que en el cas que el meu fill/a o persona de la que en soc tutor/a tingui febre o presenti algun dels símptomes compatibles amb la Covid-19, no farà ús del servei d'Espai Familiar/ Conciliació Familiar.
- ☐ Que conec l'obligació d'informar al Departament de Benestar Social de l'Ajuntament de Cambrils i al centre on assisteix al meu fill/a o persona de la que en soc tutor/a, de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el nostre entorn familiar.
- ☐ Que el meu fill/a o persona de la que en soc tutor/a no ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva que ha tingut simptomatologia compatible, en els 14 dies anteriors de l'inici del servei.

2. Marqueu una de les dues opcions a la casella corresponent:

- ☐ Que el meu fill/a o persona de la que en soc tutor/a **no pateix** cap de les malalties següents:
- Malalties respiratòries greus que necessiten medicació o dispositius de suport.
 - Malalties cardíagues greus
 - Malalties que afecten al sistema immunitari (per exemple, aquells infants que necessiten tractaments immunosupressors).
 - Diabetis mal controlada.
 - Malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus.
- ☐ Que el meu fill/a o persona de la que en soc tutor/a **pateix** una de les malalties següents i que he valorat amb el metge/metgessa o pediatre/a la idoneïtat de reprendre l'activitat i l'accés al servei:
- Malalties respiratòries greus que necessiten medicació o dispositius de suport.
 - Malalties cardíagues greus
 - Malalties que afecten al sistema immunitari (per exemple, aquells infants que necessiten tractaments immunosupressors).
 - Diabetis mal controlada.
 - Malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus.

☐ NO Autoritzo l'Ajuntament a consultar i verificar, mitjançant les plataformes habilitades per les diferents administracions públiques, les dades disponibles en altres administracions públiques com a mitjà alternatiu a la presentació dels corresponents documents que les acrediten i que són imprescindibles per a la resolució d'aquesta tramitació.

PROTECCIÓ DE DADES: De conformitat amb allò que estableix el Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril de 2016 i la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals , us informem que les dades personals proporcionades són confidencials i formen part dels tractaments titularitat de l' Ajuntament de Cambrils . Atenent al principi de transparència, el RAT (Registre d'activitats de l'Ajuntament de Cambrils), està publicat al Portal de Transparència de la web www.cambrils.cat	
Responsable	Ajuntament de Cambrils
Finalitat	Recollida de les dades per atendre la vostra sol·licitud d'inscripció al servei d'Espai Familiar / Conciliació Familiar i altres peticions i requeriments que se'n puguin derivar.
Legitimació	De conformitat a la base jurídica del tractament, en els casos d'obligació legal, d'interès públic, de l'execució d'un contracte o d'interès legítim i del consentiment de l'interessat.
Destinatari	Es preveuen com a destinataris de les cessions els ens municipals i altres organismes per previsió legal o per previ consentiment de la persona interessada.
Drets	Podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició i, en el seu cas, portabilitat i limitació, enviant un escrit acompanyat d'una fotocòpia del document d'identitat a la següent adreça: plaça de l'Ajuntament, 4 - 43850 Cambrils o bé enviant-ho per correu electrònic a dpd@cambrils.cat o a través de la seu electrònica municipal.
Informació addicional	Podeu consultar la informació addicional a la nostra pàgina web: www.cambrils.cat

La persona interessada o qui la representi es responsabilitza de la veracitat de les dades i dels documents aportats.

Cambrils,
(Signatura)