



ANEXO I SOLICITUDE 2024_2025

1. DATOS PERSOA TITULAR SOLICITANTE (ACOMPANHAR COPIA DO DNI)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI	DATA NACEMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONCELLO NO QUE SE ATOPA EMPADROADA _____				

1.1 DATOS DE CONTACTO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

DOMICILIO (RÚA, NÚMERO, ESCALEIRA..)	CÓDIGO POSTAL	CONCELLO	TELÉFONO/S
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 PREFERENCIAS

MODALIDADE	___ CON ESTANCIA	___ SEN ESTANCIA
ESTABLECEMENTO TERMAL DE PREFERENCIA 1	ESTABLECEMENTO TERMAL DE PREFERENCIA 2	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ESTABLECEMENTO TERMAL DE PREFERENCIA 3	MES DE PREFERENCIA (DATA DE REFERENCIA)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1.3 DECLARACIÓN RESPONSABLE DA TITULAR, DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE que son certos os datos que consigno na presente solicitude, manifestando que quedo informado/a da obriga de comunicar á Deputación de Lugo calquera variación que dos mesmos puidera producirse no sucesivo, así como:

-Que **SI** me vallo por min mesmo/a para as actividades da vida diaria.

-Que **SI** estou en condicións de participar no programa LugoTermal.

-Que **NON** presento alteracións do comportamento que me impidan a convivencia nos establecementos termiais.

-Que **NON** padezo enfermidade transmisible con risco de contaxio.

-Que **NON** teño contraindicación médica para a recepción dos tratamentos termiais e **ACEPTO** as bases do programa LugoTermal engadido o relativo á Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais

2. DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE (ACOMPANHAR COPIA DO DNI)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI	DATA NACEMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.1 DECLARACIÓN RESPONSABLE DA PERSOA ACOMPAÑANTE, DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE que son certos os datos que consigno na presente solicitude, manifestando que quedo informado/a da obriga de comunicar á Deputación de Lugo calquera variación que dos mesmos puidera producirse no sucesivo, así como:

-Que **SI** me valgo por min mesmo/a para as actividades da vida diaria.

-Que **SI** estou en condicións de participar no programa LugoTermal.

-Que **NON** presento alteracións do comportamento que me impidan a convivencia nos establecementos termiais.

-Que **NON** padezo enfermidade transmisible con risco de contaxio.

-Que **NON** teño contraindicación médica para a recepción dos tratamentos termiais e **ACEPTO** as bases do programa LugoTermal, engadido o relativo á Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais

Para información adicional relativa á protección dos seus datos, por favor, consulte o enlace web seguinte: http://deputacionlugo.gal/rexistro_actividades_tratamento/servizo_termalismo

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DOS SEUS DATOS	
RESPONSABLE	Deputación de Lugo
RESPONSABLE	Benestar Social e Igualdade
FINALIDADE	Servizo de prevención da dependencia a través do envellecemento activo. O obxecto é facilitar a asistencia, aos tratamentos que nos balnearios se prestan, ás persoas maiores de 50 anos, para que estas reciban tratamentos termiais por prescripción facultativa, cuxo fin sexa a prevención, a rehabilitación dunha doenza ou a prevención e/ou curación
LEXITIMACIÓN	RGPD: 6.1.e) Tratamento necesario para o cumprimento dunha misión realizada en interese público ou no exercicio de poderes públicos conferidos ao responsable do tratamento. Lei 8/1989, de 15 de xuño, de delimitación e coordinación das competencias das Deputacións Provinciais de Galicia
DESTINATARIOS	Outras administracións
DEREITOS	Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación do tratamento e, no seu caso, oposición e portabilidade dos datos
PROCEDENCIA	O propio interesado ou o seu representante legal

En _____, a _____ de _____ de 202_____

SINATURA DA TITULAR
Asinado (a persoa titular)

SINATURA DA ACOMPAÑANTE
Asinado (a persoa acompañante)

SR. PRESIDENTE DA DEPUTACIÓN PROVINCIAL DE LUGO