

## CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE TRATAMIENTO:

### COFRADÍA DEL SEÑOR ATADO A LA COLUMNA

CIF: G50107473

DIRECCIÓN: AVDA. CÉSAR AUGUSTO, Nº 21

POBLACIÓN: 50001 ZARAGOZA

hmayor@cofradiacolumnazgz.com

En cumplimiento del Decreto General de la CEE de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos de que sus datos personales pasarán a formar parte de los sistemas de información de la COFRADÍA DEL SEÑOR ATADO A LA COLUMNA cuya finalidad es la gestión de los datos de los miembros de la misma para su coordinación integral y control, así como el envío de comunicaciones.

La legitimación del tratamiento se basa en la aplicación del artículo 6.1.2 del citado Decreto General, por el que el interesado otorga a la COFRADÍA DEL SEÑOR ATADO A LA COLUMNA el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales. Los datos que nos ha proporcionado se conservarán mientras no solicite su supresión o cancelación y siempre que resulten adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario para los fines para los que sean tratados.

Autorizo la captación y difusión de imágenes en medios propios o de entidades eclesíásticas afines, durante la celebración de las actividades realizadas.

Sus datos no serán comunicados a terceros salvo en las excepciones previstas por obligaciones legales. La comunicación de datos personales entre las entidades eclesíásticas está permitida si es consecuencia del cumplimiento de una norma o necesario para la realización de sus fines lícitos de conformidad con el artículo 6 del Decreto General.

Podrá ejercitar su derecho a solicitar el acceso a sus datos, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento, la oposición del tratamiento o la portabilidad de los datos, dirigiendo un escrito junto a la copia de su DNI a la dirección indicaba anteriormente.

En caso de disconformidad, Vd. tiene derecho a elevar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)).

He sido informado y autorizo expresamente el tratamiento.

NOMBRE Y APELLIDOS

DNI

FECHA

FIRMA