**ANEXO II**

**MODELO DE AUTORIZACION DE LA MADRE/PADRE, PERSONA TUTORA O PERSONA REPRESENTANTE LEGAL / CONSENTIMIENTO DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES MAYORES DE CATORCE AÑOS**

|  |  |
| --- | --- |
| 01 | **DATOS DE LA MADRE/PADRE, PERSONA TUTORA O PERSONA REPRESENTANTE** |
|  |
| NIF [ ]  | Pasaporte / NIE [ ]  | Nº de documento: |       |  |
|  |  |  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |       |  |
|  |
|  Provincia: |       | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
|  Teléfono: |       | Teléfono móvil |  |       |  |
|  |  |
|  |

|  |
| --- |
| Por la presente, la persona arriba indicada, como madre/padre, persona tutora o persona representante legal de la persona menor de edad, autorizo a:  |
|  |       |  |
| para que pueda participar en el concurso escolar *2025-2026 Consumópolis21: A la hora de consumir, que no te domine el "clic”*, organizado por la Dirección General de Salud Pública de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. |

|  |  |
| --- | --- |
| 02 | **DATOS DE CONSENTIMENTO DE LOS MAYORES DE 14 AÑOS** |
|  |
| NIF [ ]  | Pasaporte / NIE [ ]  | Nº de documento: |       |  |
|  |  |  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |       |  |
|  |
|  Provincia: |       | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
|  Teléfono: |       | Teléfono móvil |  |       |  |
|  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 03 | **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Salud Pública |
| **Finalidad** | Gestión de ayudas y subvenciones en materia de consumo |
| **Legitimación** | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: [**https://rat.castillalamancha.es/info/1231**](https://rat.castillalamancha.es/info/1231) |

Firma de la madre/padre, persona tutora o representante / Consentimiento personas mayores de 14 años

En       a       de       de       En       a       de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido):       Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Organismo destinatario: **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

CÓDIGO DIR3: A08027181