



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

| | | | | |
|---|------------|-----------|-----------|----|
| Nombre | | Apellidos | | |
| DNI | Fecha Nac. | Tlfno. | Móvil | |
| Dirección | | CP | Localidad | |
| e-mail | | | | |
| Lugar de Trabajo | | | | |
| Función | | | | |
| ¿Ha realizado la preinscripción a través de la Web? | | | Si | No |

Competencias Reconocidas

| | |
|--|--|
| UC0069_1 Mantener preventivamente el vehículo sanitario i controlar la dotación material. | |
| UC0070_2 Prestar al paciente soporte vital básico y ayuda al soporte vital avanzado. | |
| UC0071_2 Trasladar al paciente al centro sanitario útil. | |
| UC0072_2 Aplicar técnicas de soporte psicológico i social en situaciones de crisis | |
| UC0360_2 Colaborar en la organización i el desarrollo de la logística sanitaria en escenarios con múltiples víctimas y catástrofes, asegurando el abastecimiento y la gestión de recursos y dando soporte a las tareas de coordinación en situaciones de crisis. | |
| UC0361_2 Prestar atención sanitaria a múltiples víctimas | |
| UC0362_2 Colaborar en la preparación y en la ejecución de planes de emergencias y dispositivos de riesgo previsible. | |

Actualmente esta asociación no requiere cuota alguna para la inscripción y si en un futuro esta situación cambiara se notificará con tiempo a cada socio para que tenga la opción de aceptarla o rechazarla.

Teniendo conocimiento de los objetivos que rigen esta asociación así como las condiciones de registro y estando conforme con ello, solicito mi alta como socio/a.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos, le informamos que autoriza a que los datos solicitados pasen a formar parte de los ficheros de Asociación Profesional de Técnicos en Emergencias Sanitarias, con domicilio a efectos de notificación en Apartado de Correos 11.193-Suc 1 (07010 Palma de Mallorca), con la finalidad de gestionar su participación y ofrecerle información de actividades y entidades colaboradoras por correo postal, electrónico, SMS o cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente, ante las cuales podrá ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición al tratamiento de la información que le concierne, dirigiéndose por escrito a APTES Asociación Profesional de Técnicos en Emergencias Sanitarias, acompañado por una fotocopia del DNI.

En _____, a ____ de _____ de 20__

(Firma)



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se *informa a los titulares de los datos de carácter personal que forman parte de los ficheros automatizados cuyo Responsable es la Asociación Profesional de Técnicos en Emergencias Sanitarias acerca de su Política de Protección de Datos de Carácter Personal, de manera que los citados titulares determinen libre y voluntariamente si desean facilitar a la Asociación Profesional de Técnicos en Emergencias Sanitarias los datos personales que se les puedan requerir o que se puedan obtener como consecuencia de los servicios ofrecidos.*

La Asociación Profesional de Técnicos en Emergencias Sanitarias se reserva el derecho a modificar la presente Política para adaptarla a novedades legislativas o jurisprudenciales. En dichos supuestos la Asociación Profesional de Técnicos en Emergencias Sanitarias incluirá en el presente documento los cambios introducidos con razonable antelación a su puesta en práctica.

*Al cumplimentar este formulario de datos de carácter personal **el titular consiente** que Asociación Profesional de Técnicos en Emergencias Sanitarias realice tratamientos de sus datos personales en conformidad con lo que a continuación se expone:*

- ▣ *La recogida y tratamiento automatizado de los Datos Personales tiene como finalidad Prestación de servicios de comunicación electrónica, gestión de asociados, actividades asociativas, culturales o recreativas, fines estadísticos, históricos o científicos.*
- ▣ *Los titulares de los datos tienen reconocidos y podrán ejercitar los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición, así como tienen reconocido el derecho a ser informados de las cesiones realizadas contactando con la Asociación Profesional de Técnicos en Emergencias Sanitarias a través del correo electrónico secretaria@apt.es incluyendo nombre de usuario y el correo*



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

electrónico usado para el registro en la web así como un breve escrito solicitando el derecho que desea ejercer, o bien por correo ordinario en la dirección Apartado de Correos 11.193-Suc 1 07010 – Palma de Mallorca (Islas Baleares) incluyendo nombre de usuario y el correo electrónico usado para el registro en la web así como un breve escrito solicitando el derecho que desea ejercer

- Asociación Profesional de Técnicos en Emergencias Sanitarias ha adoptado los niveles de seguridad de protección de los Datos Personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas a su alcance para evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos.

En _____, a ____ de _____ de 20__

(Firma)