

 <b>GENERALITAT VALENCIANA</b>		<b>FITXA SANITÀRIA. CAMPS DE VOLUNTARIAT</b> <b>FICHA SANITARIA. CAMPOS DE VOLUNTARIADO</b>

**A DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT / DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O PASSAPORT DNI O PASAPORTE
DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	EDAT / EDAD	ACTIVITAT EN QUÈ ESTÀ INSCRIT / ACTIVIDAD EN QUE ESTÀ INSCRITO		CODI / CÓDIGO

**B CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA / CONTACTO EN CASO DE URGENCIA**

AVISEU EL SR. - LA SRA. / AVISAR AL SR. - A LA SRA.

TELÈFON 1 / TELÉFONO 1	TELÈFON 2 / TELÉFONO 2	TELÈFON 3 / TELÉFONO 3
------------------------	------------------------	------------------------

**C FITXA SANITÀRIA / FICHA SANITARIA**

MALALTIES PASSADES / ENFERMEDADES PASADAS

XARAMPIÓ / SARAMPIÓN   
 HEPATITIS   
 ASMA   
 CARDIAQUES / CARDÍACAS   
 D'ALTRES: OTRAS: \_\_\_\_\_

PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA? ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUINA? / ¿CUÁL?
SEGUEIX ALGUN TRACTAMENT MÈDIC? ¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN? / ¿CUÁL?
TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUINA? / ¿CUÁL?
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN-A? / ¿CUÁL?
ÉS AL·LÈRGIC/A A ALGUN MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC? ¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN? / ¿CUÁL?

ALTRES AL·LÈRGIES / OTRAS ALERGIAS

HA SIGUT VACUNAT/ADA RECENTMENT / HA SIDO VACUNADO/A RECIENTEMENTE

**D ALTRES DADES D'INTERÉS / OTROS DATOS DE INTERÉS**
**E DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**
**MAJORS D'EDAT / MAYORES DE EDAD**
**DECLARE: / DECLARO:**

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per al desenvolupament normal de l'activitat.

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

**AUTORITZE: / AUTORIZO:**

Que, en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica.

Que, en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica.

Denegue l'autorització / Deniego la autorización.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**MENORS D'EDAT NO EMANCIPATS / MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS**

Sr./Sra. \_\_\_\_\_,

com a pare/mare/tutor-a d  
como padre/madre/tutor-a de \_\_\_\_\_.

**DECLARE: / DECLARO:**

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per al desenvolupament normal de l'activitat.

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

**AUTORITZE: / AUTORIZO:**

Que, en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha estat impossible la meua localització.

Que, en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Denegue l'autorització / Deniego la autorización.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Es comunicará, por escrito, cualquier problema médico y/o medicación que se prenga i s'adjuntarà a aquesta fitxa mèdica.  
Se comunicará, por escrito, cualquier problema médico y/o medicación que se tome, adjuntándolo a esta ficha médica.

**PROTECCIÓ DE DADES:** de conformitat amb el Reglament General de Protecció de Dades, les dades de caràcter personal que ens proporcione seran tractades per la Generalitat per a procedir a la tramitació de la seua sol·licitud de la present convocatòria.

Amb aquesta sol·licitud s'autoritza la cessió de les seues dades personals que seran incorporades en una base de dades propietat de l'Administració corresponent, i que seran prestats o cedits a la Comunitat Autònoma on vaja a realitzar-se l'activitat.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos, los datos de carácter personal que nos proporcione serán tratados por la Generalitat para proceder a la tramitación de su solicitud de la presente convocatoria.

Con esta solicitud se autoriza la cesión de sus datos personales que serán incorporados en una base de datos propiedad de la Administración correspondiente, y que serán prestado o cedidos a la Comunidad Autónoma donde vaya a realizarse la actividad.

Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, supressió, portabilitat i limitació del tractament davant el departament de la Generalitat encarregat de la gestió del programa corresponent, així com reclamar, si escau, davant l'autoritat de control en matèria de protecció de dades, especialment quan no haja obtingut satisfacció en l'exercici dels seus drets. Visite el següent enllaç per a més informació: [http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO\\_INFORMACION\\_ADICIONAL\\_V.pdf](http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO_INFORMACION_ADICIONAL_V.pdf).

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento ante el departamento de la Generalitat encargado de la gestión del programa correspondiente, así como reclamar, en su caso, ante la autoridad de control en materia de protección de datos, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos. Visite el siguiente enlace para más información: [http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO\\_INFORMACION\\_ADICIONAL.pdf](http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO_INFORMACION_ADICIONAL.pdf).

 <b>GENERALITAT VALENCIANA</b>		<b>FITXA SANITÀRIA. CAMPS DE VOLUNTARIAT</b> <b>FICHA SANITARIA. CAMPOS DE VOLUNTARIADO</b>

**A DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT / DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O PASSAPORT DNI O PASAPORTE
DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	EDAT / EDAD	ACTIVITAT EN QUÈ ESTÀ INSCRIT / ACTIVIDAD EN QUE ESTÀ INSCRITO		CODI / CÓDIGO

**B CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA / CONTACTO EN CASO DE URGENCIA**

AVISEU EL SR. - LA SRA. / AVISAR AL SR. - A LA SRA.

TELÈFON 1 / TELÉFONO 1	TELÈFON 2 / TELÉFONO 2	TELÈFON 3 / TELÉFONO 3
------------------------	------------------------	------------------------

**C FITXA SANITÀRIA / FICHA SANITARIA**

MALALTIES PASSADES / ENFERMEDADES PASADAS

XARAMPIÓ / SARAMPIÓN   
 HEPATITIS   
 ASMA   
 CARDÍACUES / CARDÍACAS   
 D'ALTRES: / OTRAS: \_\_\_\_\_

PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA? ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUINA? / ¿CUÁL?
SEGUEIX ALGUN TRACTAMENT MÈDIC? ¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN? / ¿CUÁL?
TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUINA? / ¿CUÁL?
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN-A? / ¿CUÁL?
ÉS AL·LÈRGIC/A A ALGUN MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC? ¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN? / ¿CUÁL?

ALTRES AL·LÈRGIES / OTRAS ALERGIAS

HA SIGUT VACUNAT/ADA RECENTMENT / HA SIDO VACUNADO/A RECIENTEMENTE

**D ALTRES DADES D'INTERÉS / OTROS DATOS DE INTERÉS**
**E DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

<p align="center"><b>MAJORS D'EDAT / MAYORES DE EDAD</b></p> <p>DECLARE: / DECLARO: Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per al desenvolupament normal de l'activitat. <i>Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</i></p> <p>AUTORITZE: / AUTORIZO: Que, en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica. <i>Que, en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Denegue l'autorització / Deniego la autorización.</p> <p>_____, ____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>	<p align="center"><b>MENORS D'EDAT NO EMANCIPATS / MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS</b></p> <p>Sr./Sra. _____,</p> <p>com a pare/mare/tutor-a d _____ <i>como padre/madre/tutor-a de _____</i></p> <p>DECLARE: / DECLARO: Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per al desenvolupament normal de l'activitat. <i>Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</i></p> <p>AUTORITZE: / AUTORIZO: Que, en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha estat impossible la meua localització. <i>Que, en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Denegue l'autorització / Deniego la autorización.</p> <p>_____, ____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>
---	--

**NOTA:** Es comunicará, per escrit, qualsevol problema mèdic i/o medicació que es prenga i s'adjuntarà a aquesta fitxa mèdica.  
Se comunicará, por escrito, cualquier problema médico y/o medicación que se tome, adjuntándolo a esta ficha médica.

**PROTECCIÓN DE DADES:** de conformitat amb el Reglament General de Protecció de Dades, les dades de caràcter personal que ens proporcione seran tractades per la Generalitat per a procedir a la tramitació de la seua sol·licitud de la present convocatòria.

Amb aquesta sol·licitud s'autoritza la cessió de les seues dades personals que seran incorporades en una base de dades propietat de l'Administració corresponent, i que seran prestats o cedits a la Comunitat Autònoma on vaja a realitzar-se l'activitat.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos, los datos de carácter personal que nos proporcione serán tratados por la Generalitat para proceder a la tramitación de su solicitud de la presente convocatoria.

Con esta solicitud se autoriza la cesión de sus datos personales que serán incorporados en una base de datos propiedad de la Administración correspondiente, y que serán prestado o cedidos a la Comunidad Autónoma donde vaya a realizarse la actividad.

Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, supressió, portabilitat i limitació del tractament davant el departament de la Generalitat encarregat de la gestió del programa corresponent, així com reclamar, si escau, davant l'autoritat de control en matèria de protecció de dades, especialment quan no haja obtingut satisfacció en l'exercici dels seus drets. Visite el següent enllaç per a més informació: [http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO\\_INFORMACION\\_ADICIONAL\\_V.pdf](http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO_INFORMACION_ADICIONAL_V.pdf).

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento ante el departamento de la Generalitat encargado de la gestión del programa correspondiente, así como reclamar, en su caso, ante la autoridad de control en materia de protección de datos, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos. Visite el siguiente enlace para más información: [http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO\\_INFORMACION\\_ADICIONAL.pdf](http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO_INFORMACION_ADICIONAL.pdf).