|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FOTO** | | **FICHA DE INSCRIPCIÓN**  **PROGRAMAS DEPORTIVOS**  **Elija un programa**  Fecha:Fecha actual   |  |  | | --- | --- | |  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **INFORMACION BASICA DEL USUARIO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **APELLIDOS:** | | | | | | | **NOMBRES:** | | | | | | | | | |
| **N° DOCUMENTO:** | | | | | **TIPO D.I.** | | | Opción | | | | **SEXO** | | | | Genero |
| **FECHA NACIMIENTO** | | | Seleccione | **LUGAR** |  | | | | | | **DEPARTAMENTO** | | | |  | |
| **DIRECCION RESIDENCIA:** | | | | | **CIUDAD** | | |  | | | | **TELEFONO:** | | | | |
| **PROGRAMA** | Selección | | | | | | | | | | | **TIPO SANGRE** | | | | RH |
| **EPS** | Elija | | | | | **CAJA** | | | | Elija | | | | | | |
| **CORREO ELECTRONICO:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACION COMPLEMENTARIA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PERSONA DE CONTACTO 1:** | | | | | | | | | | | | **C.C.:** |  | | | |
| **PARENTESCO** | | | | | | | | | **TELEFONO:** | | | | | | | |
| **PERSONA DE CONTACTO 2:** | | | | | | | | | | | | **C.C.:** |  | | | |
| **PARENTESCO** | | | | | | | | | **TELEFONO:** | | | | | | | |
| **¿PRESENTA ALGUNA CONDICIÓN FISICA ESPECIAL O RESTRICCIÓN MÉDICA A TENER EN CUENTA?** | | | | | | | | | | | | | Opción | | | |
| **DESCRIBIR LA(S) CONDICIÓN(S) Y/O RESTRICCIÓN(ES):** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROTECCIÓN DE DATOS (HABEAS DATA):** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a COMFENALCO VALLE DELAGENTE el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento), para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co, la cual declaro conocer y por ello estar informado de las finalidades de dicho tratamiento al estar en ella consignadas. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos (acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, etc.), podré dirigirme ante la Corporación ÚNICAMENTE a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co, líneas telefónicas 8862727 - 018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación o enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 No. 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca).  Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como mi imagen, datos de salud, datos biométricos, datos del menor de edad, origen étnico, género, condición de discapacidad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** | | | | | | | | | | | | | | | | |