

SOLICITUD DE ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

D/Dña:

En representación de

Dirección C.P.

Localidad Provincia

Persona de contacto

Teléfono E-mail

SOLICITA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Taller de Prevención de Adicciones en la Familia | <input type="checkbox"/> Prevención de Adicciones en programas de empleo |
| <input type="checkbox"/> "Aprendiendo a Ser padres y madres" (Centros de Salud) | <input type="checkbox"/> Taller de Formación en Prevención para Mediadores Juveniles |
| <input type="checkbox"/> "Padres en Onda" (Ayuntamientos con emisora local) | <input type="checkbox"/> Sesión informativa (especificar temática)
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Formación de mediadores en el Ámbito Laboral | <input type="checkbox"/> Taller Prevención Adicciones Tecnológicas (TIC) |
| <input type="checkbox"/> Taller "Conducir sin alcohol" (Autoescuelas) | <input type="checkbox"/> Otros. Especificar:
<input type="text"/> |

DESTINATARIOS:

- Jóvenes Familias Profesionales
- Otros

Número aproximado de asistentes:

Posibles fechas de celebración:

Lugar:

Fecha y firma:



CLAÚSULA PARA PAPEL

De conformidad con la normativa de protección de datos personales, le informamos que los datos que se recogen en este formulario serán objeto de tratamiento en la actividad SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES responsabilidad de DIPUTACIÓN DE ALMERÍA con la finalidad de ATENCIÓN AMBULATORIA DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LAS ADICCIONES QUE ASÍ LO SOLICITAN Y PARA PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, INSERCIÓN SOCIAL, FORMACIÓN E INFORMACIÓN, en base a la legitimación de CONSENTIMIENTO, OBLIGACIÓN LEGAL. [Más información sobre Protección de Datos personales](#) en este enlace, en el apartado de privacidad de www.dipalme.org o bien en la oficina de información o dependencia donde realice su gestión.

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad, siguiendo las indicaciones facilitadas, previa acreditación de su identidad.

Con la firma de este formulario, confirmo que he leído y acepto el tratamiento de mis datos personales para la actividad SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES.