



## CERTIFICAT D'ESCOLARITZACIÓ

Pàgina 1 de 1

Sr./Sra.

DNI - NIE - Passaport

en qualitat de

Centre educatiu/Col·legi

Adreça (carrer o plaça)

Localitat

Telèfon

## CERTIFICA

Que el/la menor .....  
assisteix a l'esmentat Centre i, actualment, l'horari escolar que realitza és:

		DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES	DISSABTE	DIUMENGE
MATÍ	Des de							
	Fins a							
TARDA	Des de							
	Fins a							

El/la menor està acompanyat/da per personal sanitari del Centre durant la seva estada en aquest?    Sí     NO

El/la menor està acompanyat/da per algun dels seus progenitors durant la seva estada al Centre?    Sí     NO

....., a ..... de ..... de 20.....

Signatura i segell

D'acord amb l'establert en la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, l'informem que les dades contingudes en el formulari de sol·licitud de prestació per tenir cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu s'inclouran en un fitxer responsabilitat d'ACTIVA MÚTUA 2008 amb la finalitat de la tramitació de la gestió de prestació sol·licitada.

El titular de les dades (si és major de 14 anys) i/o els titulars de la seva pàtria potestat o tutela (si és menor de 14 anys) autoritzen el tractament de les mateixes, incloses en el seu cas les de salut, amb la finalitat anteriorment detallada. Així mateix, l'informem que podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació a l'adreça [lop@activamutua.es](mailto:lop@activamutua.es)