



L'Oasi

Espai d'intervenció terapèutica
i educació amb cavalls

AUTORTIZACIÓ INTERVENCIÓ ASSISTIDA AMB CAVALLS

Sr./Sra. _____ amb D.N.I. nº _____ amb
domicili a _____, població _____
C.P. _____, telèfons _____, i correu electrònic
_____ que intervé (marqueu amb una X el que
correspongui)

- en nom propi
 com a representant legal
 com a guardador de fet

de _____

li autoritza a muntar a cavall i a rebre les sessions d'Oci Assistit amb Cavalls durant el següent període:

Nº de sessions:

Des del dia _____ del mes _____ del 20____ fins al _____ de _____ de 20____

El sota signant manifesta que la citada persona usuària no pateix cap malaltia (tret de la descrita a informe mèdic) que li impedeix fer Teràpia Assistida amb Cavalls, i que assumeix el risc inevitable i no eliminable que suposa la pràctica de l'esmentada teràpia.

Totes les dades de caràcter personal han estat obtingudes amb el consentiment exprés de l'interessat atorgat pel pare/mare/tutor del mateix, i seran tractades amb estricta confidencialitat conforme a la Protecció de Dades de Caràcter Personal y el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, del 27 d'abril de 2016. Relativa a la protecció de persones físiques en el que respecte a com s'han de tractar les seves dades personals i la lliure circulació d'aquestes i pel que es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades). Així com la Llei orgànica 3/2018, del 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals com a llei orgànica de nivell estatal aprovada el novembre de 2018 que regula la privadesa. El pare/mare/tutor presten el seu consentiment perquè les dades personals relatives a la salut mental i física del menor d'edat siguin comunicades pel metge/sa, escola i/o altres institucions que emet l'informe i perquè es puguin incloure al mateix fitxer.

I perquè consti, llegit aquest document el firmo en prova de conformitat a Corró d'Amunt, a _____ de _____ del 20____.

Sr./Sra. _____