

SOLICITUD Y DECLARACION RESPONSABLE DE ABONO

MUY IMPORTANTE: Antes de rellenar esta solicitud lea atentamente las instrucciones anexas.

▪ **Datos del Solicitante**

Nº Abonado		Nombre y apellidos			
DNI		Domicilio			
Localidad		Provincia		Teléfonos de contacto (fijo y/o móvil)	
Correo electrónico			Fecha de nacimiento		
MENSUAL <input type="checkbox"/>		TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>		SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	
				ANUAL <input type="checkbox"/>	
BONIFICACIONES Discapacidad <input type="checkbox"/> Menor 21 años <input type="checkbox"/> Mayor 65 años <input type="checkbox"/>					CUOTA A PAGAR
FAMILIARES INCLUIDOS EN EL ABONO					
Nombre y apellidos				Parentesco	
				DNI	
Nº Abonado		Correo electrónico		Fecha de nacimiento	
				Teléfono móvil	
MENSUAL <input type="checkbox"/>		TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>		SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	
				ANUAL <input type="checkbox"/>	
BONIFICACIONES Discapacidad <input type="checkbox"/> Menor 21 años <input type="checkbox"/> Mayor 65 años <input type="checkbox"/>					CUOTA A PAGAR
Nombre y apellidos				Parentesco	
				DNI	
Nº Abonado		Correo electrónico		Fecha de nacimiento	
				Teléfono móvil	
MENSUAL <input type="checkbox"/>		TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>		SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	
				ANUAL <input type="checkbox"/>	
BONIFICACIONES Discapacidad <input type="checkbox"/> Menor 21 años <input type="checkbox"/> Mayor 65 años <input type="checkbox"/>					CUOTA A PAGAR
Nombre y apellidos				Parentesco	
				DNI	
Nº Abonado		Correo electrónico		Fecha de nacimiento	
				Teléfono móvil	
MENSUAL <input type="checkbox"/>		TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>		SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	
				ANUAL <input type="checkbox"/>	
BONIFICACIONES Discapacidad <input type="checkbox"/> Menor 21 años <input type="checkbox"/> Mayor 65 años <input type="checkbox"/>					CUOTA A PAGAR
Nombre y apellidos				Parentesco	
				DNI	
Nº Abonado		Correo electrónico		Fecha de nacimiento	
				Teléfono móvil	
MENSUAL <input type="checkbox"/>		TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>		SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	
				ANUAL <input type="checkbox"/>	
BONIFICACIONES Discapacidad <input type="checkbox"/> Menor 21 años <input type="checkbox"/> Mayor 65 años <input type="checkbox"/>					CUOTA A PAGAR
					TOTAL CUOTAS

▪ **Datos del Tutor (Sólo en caso de abonados 14-17 años)**

Nombre y apellidos (padre, madre o tutor del menor)	DNI
Correo electrónico	Teléfonos de contacto (fijo y/o móvil)

MUY IMPORTANTE

14 años cumplidos a 16 años, obligatorio estar en todo momento acompañados de un tutor legal con bono activo

DECLARO QUE:

- **Conozco y acepto** todas las normas que regulan el presente abono, las Ordenanzas Municipales en vigor que la rigen y los Reglamentos Municipales que le corresponden, así como sus futuras modificaciones que, en su caso, deberán ser aprobadas y publicadas según lo establecido en la legislación vigente.
- Carezco de contraindicaciones médicas para realizar actividad física en un gimnasio.
- Asumo la responsabilidad de utilizar correctamente el gimnasio.
- Eximo al Ayuntamiento de Arcos de la Lлана de cualquier daño que sufra durante el desarrollo de la actividad, que no se deba a dolor o negligencia de dicha entidad.

Arcos de la Lлана, a _____ de _____ de _____

Solicitud y declaración Firmado (solicitante, padre, madre o tutor del menor): _____

DNI. _____

INSTRUCCIONES

- Para su mayor comodidad y evitar posibles retrasos y molestias en su tramitación, le rogamos rellene esta solicitud con la mayor claridad posible y consignando todos los datos solicitados.
- Los espacios sombreados están reservados para la Administración. Por favor no los rellene.
- Una vez emitido el abono no tendrá derecho a la devolución del importe de la tasa correspondiente.
- Es absolutamente imprescindible realizar el pago del abono al entregar la solicitud, mediante tarjeta de crédito/debito en las oficinas del Ayuntamiento.
- Aforo limitado (27 personas).
- Las instalaciones están dotadas de cámaras de seguridad.
- El abono es de uso personal e intransferible, si se detecta alguna anomalía se procederá a la retirada del mismo.

Bonificaciones

- 20% por discapacidad igual o superior al 33%, jóvenes MENORES de 21 años y mayores de 65 años.
- Para beneficiarse del descuento por discapacidad es imprescindible presentar original y fotocopia del documento que lo acredite.

Documentación

Para la emisión del carnet será necesario acompañar a la presente solicitud la siguiente documentación:

- 1 Fotografía tamaño carné y fotocopia DNI de cada solicitante.

Horario

Lunes a domingos 8:30-22:00 horas

Cerrado: festivos y 24 y 31 de diciembre.

Protección de datos	
<input checked="" type="checkbox"/> He sido informado de que este Ayuntamiento va a tratar y guardar los datos aportados en la instancia y en la documentación que le acompaña para la tramitación y gestión de expedientes administrativos.	
Responsable	Ayuntamiento de Arcos de la Lлана
Finalidad Principal	Tramitación, gestión de expedientes administrativos y actuaciones administrativas derivadas de estos.
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos otorgados a este Ayuntamiento.
Destinatarios	Los datos se cederán a otras administraciones públicas. No hay previsión de transferencias a terceros países.
Derechos	Para ejercitar sus derechos puede dirigirse a AYUNTAMIENTO DE ARCOS DE LA LLANA, domiciliada en PLAZA DE LA IGLESIA, 1 09195 ARCOS DE LA LLANA (BURGOS) , o bien por email a ayuntamiento@arcosdelallana.es , con el fin de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión (derecho al olvido), limitación de tratamiento, portabilidad de los datos, oposición, y a no ser objeto de decisiones automatizadas, indicando como Asunto: "Derechos Ley Protección de Datos", y adjuntando fotocopia de su DNI. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.