Fundació Ciutat de Valls

Beques de Mobilitat Internacional "Ramon Barbat i Miracle" per a estudiants de CFGS

FULL DE SOL·LICITUD Convocatòria 2026-2027

Dades personals	
***Cognoms i nom:**	***DNI:**
***Residència:**	***CP i Municipi:**
***Tel. FIX:** Tel. MOBIL: ***e-mail:**	***Data de naixement:**
Dades acadèmiques	
Estudis cursats 2025-2026:	
Centre on es cursarà el CFGS 2026-27:	
Denominació del CFGS:	
Adreça del Centre on cursa els estudis:	
Centre de destinació de la Mobilitat:	
Ciutat i país:	
Tipus d'estudis i/o activitat que hi cursarà:	
Durada de l'estada ERASMUS+:	Previsió data d'inici de l'estada:
Documentació justificativa	
❑ DNI/NIE ❑ Certificat de residència (si participes atenent al criteri de resident a Alt Camp) ❑ Certificat de matriculació al centre ❑ Certificació acadèmica curs 2025-2026 ❑ Document acreditatiu del programa Erasmus+	

***Camps obligatoris**

Signatura de l'interessat/ada:

Valls, _____ de _____ de 202_

En virtut de la normativa de Protecció de Dades Personals, s'informa que les dades facilitades seran tractades sota la responsabilitat de FUNDACIÓ CIUTAT DE VALLS, CIF : G43050269 i seu social a C/ Jaume Huguet núm. 1 (Antic Hospital de Sant Roc), 43800 Valls (Tarragona).

La finalitat és portar el control i gestió dels participants que es presenten als diferents concursos o premis que organitza la Fundació, essent la seva participació la base que legitima aquest tractament en quant desitja participar. Aquestes dades no seran transmeses a terceres persones llevat de les imatges que ens autoritzi publicar i seran conservades fins la finalització de les responsabilitats que es poden derivar.

En qualsevol cas, podrà revocar el consentiment respecte a la seva imatge, i exercitar els drets d'accés, rectificació o supressió, la limitació del tractament o oposar-se, així com el dret a la portabilitat de les dades. Aquestes peticions hauran de realitzar-se a C/ Jaume Huguet núm. 1 (Antic Hospital de Sant Roc), 43800 Valls (Tarragona) o bé, enviar un correu electrònic a fcv@fcvalls.org.
Així mateix podrà presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades.

AUTORITZACIÓ D'IMATGE "ACTE DE CLOENDA DE LA PRESENT CONVOCATÒRIA"

En/Na_____ amb DNI _____,

☐ **SI** dona el seu el consentiment exprés, gratuït, informat, indefinit i inequívoc
☐ **NO** dona el seu el consentiment

a FUNDACIÓ CIUTAT DE VALLS, CIF G43050269 per a la captació i posterior difusió de la seva imatge o de la persona que representa _____ a la pàgina web, revistes, publicacions informatives i comercials o qualsevol altre mitjà per part de l'entitat autoritzada.

Tot això de conformitat amb la Llei Orgànica 1/1982 de Protecció Civil del dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge en relació al que estableix la normativa de protecció de dades, sent coneixedor/a que les dades seran tractades responsabilitat de l'entitat, amb la finalitat de publicar i difondre imatges a diversos mitjans per a la seva promoció, essent la present autorització la base de legitimació del seu tractament. La seva imatge podrà ser visualitzada per tot aquell que accedeixi als mitjans de difusió autoritzats per a la seva publicació. Aquestes imatges seran conservades fins que no manifesti el contrari.