



XUSTIFICACION DE FALTAS DE ASISTENCIA

D./Dna. _____ con D.N.I
_____, pai, nai ou titor legal do alumno/a:
_____ do curso: _____ da etapa de _____ ,
xustifico a súa ausencia a clase o(s) día(s) _____ do mes de _____
durante:

Toda a xornada

1ª hora 2ª hora 3ª hora 4ª hora 5ª hora 6ª hora 7ª hora

Polo seguinte motivo:

Enfermidade (adxuntar xustificante médico)

Cita médica

Presentación a probas oficiais (adxuntar xustificante da secretaría do centro)

Outro (especificar cal) _____

En _____ a _____ de _____ de _____

Asdo: _____

En cumprimento da lexislación vixente en materia de Protección de Datos indicámoslle que os datos persoais que Ud. facilítanos de forma voluntaria por calquera dos nosos medios de recollida de información serán incorporados a tratamentos automatizados e/ou manuais.

De devanditos tratamentos é Responsable LUIS VIVES ORENSE S.C.G. con CIF/DNI ESF32016032 e as súas finalidades son: Xestión de asistencia dos alumnos/as, coa base legal do seu consentimento . Os datos serán conservados os anos necesarios para o cumprir as obrigacións legais. Os datos obxecto de tratamento serán tratados de forma confidencial e non serán cedidos. Si desexa máis información respecto ao tratamento dos seus datos, rectificar aqueles que sexan inexactos, oporse e/ou limintar algún tratamento que considere que non é necesario, ou solicitar a cancelación do tratamento cando os datos xa non sexan necesarios, pode dirixirse por escrito (sempre acreditando a súa identidade) a LUIS VIVES ORENSE S.C.G. en AIRA DE FONSIILLON, 4, , 32005 - OURENSE (Ourense) ou mediante correo electrónico a info@luisvivesourense.com.