



Instituto Teológico San Fulgencio
Instituto Superior de Ciencias Religiosas
San Fulgencio
DIÓCESIS DE CARTAGENA
MURCIA

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN CON LAS AUTORIDADES SANITARIAS ANTE CASOS COVID

Yo, D/D^a [Nombre y Apellidos] _____

_____ ,

con DNI / NIE / PASAPORTE _____ ,

con cuenta de correo electrónico _____

y teléfono _____ , como miembro de la comunidad educativa del Instituto Teológico y el Instituto Superior de Ciencias Religiosas San Fulgencio, autorizo al centro al ingreso de mis datos personales en los sistemas administrativos de información con la finalidad de control y tramitación de los protocolos sanitarios pertinentes, así como del envío de comunicaciones para la aplicación de medidas preventivas.

Y para que así conste, lo firmo en Murcia a __ de _____ de 20__ .

FIRMA:

D./D^a. (nombre y apellidos) _____

Instituto Teológico San Fulgencio
Instituto Superior de Ciencias Religiosas San Fulgencio
CIF: R3000013G - C/ La Gloria nº 22 - 30003 MURCIA
secretaria@institutosanfulgencio.es - secretariavirtual@institutosanfulgencio.es