



DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD DE ALGÚN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR Y AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA DE ESTE DATO

ESTUDIOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL 2026/2027

Mediante el presente documento, la persona firmante, cuyos datos se recogen en el apartado "AUTORIZANTE"

**DECLARA:**

1. Que forma parte de la unidad familiar de la persona cuyos datos se recogen en el apartado "SOLICITANTE DE BECA PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL"
2. Que autoriza la consulta de sus datos personales relativos a su situación de discapacidad o, en caso contrario, aporta el documento acreditativo en vigor.
3. Que es conocedor de que el destino de la autorización o documento a que se refiere el párrafo anterior es la solicitud de beca para la realización de estudios de Formación Profesional de la persona indicada como "SOLICITANTE".

SOLICITANTE DE BECA PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NIF	TELÉFONOS DE CONTACTO (Fijos/móviles):	
AUTORIZANTE (PERSONA CON DISCAPACIDAD)		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NIF	AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA DE DATOS	FIRMA (salvo menores de edad o incapacitados)
	Sí <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/>	

\* Deberá aportar la documentación acreditativa

**En caso de minoría de edad o incapacidad de la persona autorizante**, indique a continuación los datos de su representante legal, indicando si autoriza la consulta de datos:

REPRESENTANTE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NIF	AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA DE DATOS	FIRMA
	Sí <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/>	

La firma del presente documento supone el otorgamiento de la autorización por las personas firmantes, o en su caso quién actúa como representante legal de la persona menor de edad en su condición de progenitor o por ostentar la patria potestad del mismo, para el tratamiento de los datos personales de éste que se aportan en la solicitud y que resultan imprescindibles para la gestión de la misma, con objeto exclusivo del cumplimiento de los fines pretendidos en el mismo.

**INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS**

**Delegado de Protección de Datos:** Telefónica Soluciones de Informática y Comunicaciones de España SAU, correo electrónico de contacto: [delegadoprotecciondatos@tenerife.es](mailto:delegadoprotecciondatos@tenerife.es)

**Legitimación del tratamiento:** Reflejadas en el [Registro de Actividades de Tratamiento](#) ([www.tenerife.es/documentos/ECIT\\_RegistroTratamientos.pdf](http://www.tenerife.es/documentos/ECIT_RegistroTratamientos.pdf))

**Transferencias internacionales:** Reflejadas en el [Registro de Actividades de Tratamiento](#) ([www.tenerife.es/documentos/ECIT\\_RegistroTratamientos.pdf](http://www.tenerife.es/documentos/ECIT_RegistroTratamientos.pdf))

**Ejercicio de derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento:** mediante la presentación de un escrito firmado electrónicamente o con copia del DNI o documento similar dirigidos al Centro de Servicios al Ciudadano del Cabildo Insular de Tenerife, sito en la Plaza de España, nº 1, CP 38003, Santa Cruz de Tenerife o a la dirección de correo electrónico [delegadoprotecciondatos@tenerife.es](mailto:delegadoprotecciondatos@tenerife.es). En el caso que considere que sus derechos no han sido debidamente atendidos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Responsable del tratamiento: Cabildo Insular de Tenerife. Plaza de España, nº 1, CP 38003, Santa Cruz de Tenerife.

Finalidad del tratamiento: gestión y tramitación de su solicitud.

Destinatarios: reflejados en el Registro de Actividades de Tratamiento.

Plazos de conservación mientras no se revoque el consentimiento.

Mediante la firma del presente documento, el abajo firmante otorga su consentimiento explícito para el tratamiento de sus datos personales conforme a la información facilitada anteriormente.