



AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRÁMITES

D./D^a _____ con Documento de
Identidad n^o _____, con domicilio en _____,
C/. _____ CP _____

AUTORIZO A D./D^a _____
con Documento de Identidad n^o _____, a realizar en mi nombre los trámites
especificados a continuación en la Secretaría del I.E.S. Isabel La Católica:

Madrid, a ____ de _____ de ____

Fdo: _____

IMPORTANTE: Se presentarán fotocopia del Documento de Identidad del autorizante y Documento de identidad de la persona autorizada

SRA. DIRECTORA DEL I.E.S. ISABEL LA CATÓLICA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero alumnos, cuya finalidad es registrar el expediente académico de los alumnos y la gestión y seguimiento del mismo, los cuales no podrán ser cedidos salvo en los casos previstos en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid. Dirección Territorial de Madrid-Capital. I.E.S. Isabel la Católica y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es el I.E.S. Isabel la Católica, C/ Alfonso XII 3-5, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.