



Área de Acción Social, Igualdad,  
Diversidad, Vivienda y Salud

Servicio de Acción Social

## DECLARACIÓN JURADA

**Datos de la persona declarante (marcar lo que proceda):**

- Participante  
 Representante legal

Yo, Don/Dña. \_\_\_\_\_, con  
DNI nº \_\_\_\_\_, con domicilio en  
\_\_\_\_\_

- en mi propio nombre (como participante)  
 en calidad de representante legal de Don/Dña.

\_\_\_\_\_, con DNI nº  
\_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:**

1. Que Don/Dña. \_\_\_\_\_, con  
DNI nº \_\_\_\_\_, es una persona con discapacidad,  
condición acreditada mediante certificado de reconocimiento de grado de  
discapacidad.
2. Que dicha persona participará en actividades de verano organizadas por la  
empresa OSVENTOS, cuyos puntos de servicio se encuentran localizados en:
  - **Punto de Servicio localizado en Breña Alta (Playa de Bajamar)**
  - **Punto de Servicio localizado en Los Llanos de Aridane (Playa de  
Puerto de Naos)**
  - **Punto de Servicio localizado en Puntagorda (Piscina Municipal)**
3. Que debido a su discapacidad, y considerando la distancia entre el domicilio y  
el lugar donde se desarrollan las actividades y/o punto de recogida, resulta



Área de Acción Social, Igualdad,  
Diversidad, Vivienda y Salud

Servicio de Acción Social

indispensable contar con transporte adaptado y adecuado para su traslado, garantizando su seguridad, bienestar e inclusión.

4. Que no se dispone de otro medio de transporte particular o familiar que permita cubrir dicho traslado de manera segura y adecuada y que no existe una zona de fácil acceso que pueda funcionar como punto de recogida, por lo que se solicita se facilite el uso del servicio de transporte correspondiente para este fin.

Por lo expuesto, solicito tenga a bien considerar esta declaración a los efectos que correspondan.

**DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (especificar):**

- Informe médico.
- Certificado de Grado de Discapacidad.
- Certificado de Dependencia.
  
- NO AUTORIZO al Cabildo Insular de La Palma para solicitar de los Organismos Públicos cuantos certificados relativos a mi situación o a la de mi representado sean necesarios para tramitar la presente solicitud, así como para la recopilación de los mismos y su incorporación a ésta.
- NO AUTORIZO al Cabildo Insular a compartir información con servicios de dependencia dados de alta en SPAP, Centro Ocupacional, Centro de Atención Diurna y SAD.
- NO AUTORIZO a la empresa organizadora a trasladar a mi familiar al médico/servicio de urgencias.

El Cabildo Insular de La Palma informa que los datos de carácter personal facilitados y solicitados, serán utilizados para la inscripción en la actividad de Verano sin Barreras. Sus datos se mantendrán en nuestras bases de datos mientras persista la relación con la entidad y en todo caso hasta la retirada de su consentimiento y/o por obligación legal. Todo ello en base a su consentimiento expreso y relación como solicitante de inscripción. No se cederán sus datos a terceros salvo los que usted autorice expresamente y exista obligación legal. No se realizarán transferencias internacionales de sus datos. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y limitación, por medio de documento que le identifique, dirigido al Cabildo Insular de La Palma, Avenida Marítima nº 3, 38700, Santa Cruz de la Palma. O bien en la dirección de correo electrónico de nuestro Delegado de Protección de Datos: [dpo@cablapalma.es](mailto:dpo@cablapalma.es). En el caso de no haber obtenido con satisfacción el ejercicio de sus derechos, puede presentar reclamación ante la Autoridad de Control. Más información sobre el ejercicio de derechos y protección de datos en la Política de Privacidad de nuestra Página Web: [www.cabildodelapalma.es](http://www.cabildodelapalma.es).



Área de Acción Social, Igualdad,  
Diversidad, Vivienda y Salud

Servicio de Acción Social

Sin otro particular, y en conformidad con la veracidad de lo expresado, firmo la presente declaración.

Nombre y apellidos del/la declarante: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_