



ASOCIACION DE INFORMADORES TÉCNICOS SANITARIOS DE VALENCIA  
C/ Asturias, N.º 34. Local 4. (Galería Comercial Sapiris) - 46023Valencia

Telf.: 963 172.027 - 637 810 812

[www.its-valencia.com](http://www.its-valencia.com) mail: [itsvalencia@itsvalencia.net](mailto:itsvalencia@itsvalencia.net)

## ASOCIACIÓN I.T.S. DE VALENCIA

### Documentación a presentar

1. IMPRESOS PARA CUMPLIMENTAR
  - 1.1. Solicitud de inscripción
  - 1.2. Autorización bancaria SEPA
  - 1.3. Derechos de imagen
  - 1.4. Normas
2. Certificado de la empresa, especificando la línea de laboratorio en la que va a trabajar.
  - 2.1. Si no es ninguna línea, puede presentar contrato de trabajo.
3. Si procede de otra asociación, certificado de pertenencia a ésta y justificante de estar al corriente de pago.
4. 1 fotografía tamaño carnet en formato jpg.
5. La Solicitud de Inscripción se entregará en la sede social de la Asociación, o bien se puede imprimir desde nuestra Pág. Web. [www.itsvalencia@itsvalencia.net](http://www.itsvalencia@itsvalencia.net) "Asociación -inscripción".
6. Cuota de inscripción: 50 €.
7. Cuota trimestral: 60 €.
8. Cuota hospitalaria. 50€  
(sin derecho a beneficios asociación, carnet, cenas, comidas...revisable anualmente, según número de servicios hospitalarios que soliciten nuestros servicios)

**NOTA IMPORTANTE:** Toda la documentación requerida, se podrá presentar por correo electrónico,  [itsvalencia@itsvalencia.net](mailto:itsvalencia@itsvalencia.net)



**ASOCIACIÓN DE INFORMADORES TÉCNICOS  
SANITARIOS DE VALENCIA**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

		<b>ASOCIADO Nº:</b>	
<b>DATOS PERSONALES</b>			
1º APELLIDO:		FOTO	
2º APELLIDO:			
NOMBRE:			
DIRECCIÓN:			
POBLACIÓN:	PROVINCIA:		
CODIGO POSTAL:		TELF. MOVIL:	
FECHA DE NACIMIENTO:		TELF. FIJO:	
D. N. I.:		ESTADO CIVIL:	
E-MAIL (Personal):			
E-MAIL (Personal de Empresa):			
NIVEL de ESTUDIOS (ESPECIFICAR TITULACIÓN MÁS ALTA):			
PRIMARIOS: <input type="checkbox"/> F. P: <input type="checkbox"/> BACHILLER ELEMENTAL: <input type="checkbox"/> BACHILLER SUPERIOR: <input type="checkbox"/> E.TECNICOS Y MEDIOS: <input type="checkbox"/>			
E.UNIVERSITARIOS: <input type="checkbox"/> ¿HA FINALIZADO SU SESTUDIOS?.....INDICAR CUAL:.....			
<i>Declaro que los datos arriba expresados son ciertos y que puedo aportar la documentación acreditativa como prueba en el momento que se me solicite. Asimismo declaro no hallarme incurso en las incompatibilidades legales para el ejercicio de la visita médica, a tenor del Real Decreto 1416/1994 (BOE 180 de 29.7.1994)</i>			
<b>DATOS DEL LABORATORIO</b>			
NOMBRE LABORATORIO:		LINEA:	
C.I.F.:		Nº DE ALTA Y OFERTA EN LA S.S.:	
CALLE:			
POBLACIÓN:		CODIGO POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:	
En.....a..... de.....de .....			
<p><i>En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado pasará a formar parte del fichero automatizado "GESTIÓN ADMINISTRATIVA", cuyo titular es la ASOCIACIÓN DE INFORMADORES TÉCNICOS SANITARIOS DE VALENCIA, con la finalidad de gestionar los recursos de la entidad, así como estos datos podrán ser cedidos a nuestra Federación Regional y Confederación profesional. Conforme a la LOPD, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Para ello dirijase mediante carta a: Calle Asturias, nº 34. Local 4. 46023 Valencia.</i></p> <p style="text-align: center;">FIRMA. SOLICITANTE</p> <p style="text-align: right;">FIRMA y SELLO. ASOC. PROFESIONAL.</p>			
<i>(Entregar cumplimentada en la Asociación.)</i>			



**ASOCIACION I.T.S VALENCIA**  
C/ Asturias, nº 34. Local 4.  
96 317 20 27- 96 317 26 98  
itsvalencia@itsvalencia.net  
www.its-valencia.com

### **Normas del informador técnico sanitario al pertenecer a la asociación.**

La Conselleria de Sanidad nos permite 4 visitas al año a cada centro de salud, personalizadas con su número de asociado, (estas visitas quedan registradas y se envían a la Conselleria) pero actualmente se puede visitar cada centro una vez al mes apuntándose a través de la web, personándose en nuestras oficinas o telefónicamente por las administrativas de la asociación.

Extraoficialmente se permite en algún centro un quinto.

Es necesario cumplir con esta situación para mantener el respeto entre los compañeros.

### **Compromisos que debo cumplir como asociado informador técnico sanitario:**

1. Pedir una fecha por mes

Firma:

2. Cuando pida una fecha, acudir el día seleccionado y en caso de no poder hacerlo, anular la fecha para que otro compañero pueda solicitarla

Firma:

3. Si se está de quinto respetar el turno de los fechados y visitar el último.

Firma:

A partir de dicho número de visitantes en el centro, se deberá buscar otra manera de realizar las visitas puntuales que no entorpezcan el trabajo de los fechados, ni incomode a los médicos, por el bien de todos. (no situarse en la zona donde atiende a los compañeros)



ASOCIACION I.T.S VALENCIA  
C/ Asturias, nº 34. Local 4.  
96 317 20 27- 96 317 26 98  
itsvalencia@itsvalencia.net  
www.its-valencia.com

4. No se puede acudir a ningún centro 2 visitantes con la fecha de uno. (excepciones: jefes y presentación compañero nuevo)

Firma:

5. Se debe pedir fecha solo con el número de asociado personal (va asociado a un solo C.I.F de empresa que la Conselleria controla) nunca con el de otro compañero.

Firma:

6. Es deber de los asociados comunicar una mala práctica detectada por cualquier compañero, si se salta estas normas.

Firma:

7. El compañero amonestado será sancionado por la asociación por mala praxis como se plasma en los estatutos de la asociación.

Firma:

- Se pueden pedir las fechas solícitas una semana antes de tenerla, para el mes siguiente.
  - Si se quiere cambiar una fecha con otro compañero, se puede llamar a las administrativas y que los efectúen para no perder ambas fechas.
  - Se puede coger fecha en un centro, un día antes de ir, sin perder la fecha del mes siguiente.
- Estoy informado de las normas de la asociación y me comprometo a cumplirlas.

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**NUMERO ASOCIADO:**



Valencia a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

AUTORIZACION DERECHOS DE IMAGEN  
GENERAL

D./ Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI número \_\_\_\_\_ y domicilio a estos efectos en \_\_\_\_\_, autorizo a la Asociación Profesional de Informadores Técnicos Sanitarios (en adelante ITS) al uso de mi imagen en fotografías, vídeos o cualquier otro tipo de grabaciones digitales obtenidos durante el eventos organizados por ITS, , única y exclusivamente para que los mismas puedan ser publicadas en las Redes Sociales y Página Web de ITS de forma totalmente gratuita y sin contraprestación alguna, además de poder almacenar y registrar internamente de dichos datos personales, excluyendo de mi autorización el uso para la promoción comercial y publicidad de la actividad y fines de ITS.

La autorización y licencia de uso de la imagen del Autorizante realizada en este acto se refiere exclusivamente a las fotografías, vídeos o cualquier otro tipo de grabación audiovisual, que se realicen por I.T.S., obtenidas en el eventos, con los fines anteriormente referenciados..

Todo ello con la única salvedad y limitación de aquellas utilizaciones o aplicaciones que pudieran atentar al derecho al honor en los términos previstos en la Ley Orgánica 1/85, de 5 de Mayo, de Protección Civil al Derecho al Honor, la Intimidad Personal y familiar y a la Propia Imagen.

Asimismo he sido informado, en cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos de que las imágenes son recabadas para los fines descritos en el presente escrito siendo la base legitimadora la obtención de mi consentimiento, mediante la firma del presente documento, de acuerdo con el artículo 6.1.a) del RGPD. Dichos datos no serán cedidos o vendidos a terceros, ni tratados para fines distintos a los aquí previstos, sin consentimiento previo, salvo que exista una obligación legal. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga el consentimiento.

A fin de ejercer mis derechos de revocación de la autorización, acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad u oposición dirigiéndome a ITS

Y en prueba de aceptación y conformidad, firmo el presente documento en la fecha anteriormente referida en el encabezamiento.

AUTORIZO

NO AUTORIZO

FIRMADO:

