



**Pontificia y Real Hermandad, y Archicofradía de Nazarenos del Dulce Nombre de Jesús, Sagrado Descendimiento de Nuestro Señor Jesucristo y Quinta Angustia de María Santísima Nuestra Señora.**

D./Dña \_\_\_\_\_, con DNI número \_\_\_\_\_ en su calidad de padre/madre o tutor/tutora del menor \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

Manifiesto que conozco en qué consisten tanto los cultos internos como externos que realiza la Hermandad de la Quinta Angustia, y en particular, en que consiste la estación de penitencia que realiza esta Hermandad durante el Jueves Santo, y que ninguna limitación o enfermedad impide al menor participar correctamente en el cortejo procesional, ni en el resto de cultos, por lo que y en el ejercicio de la patria potestad o tutela que tengo legalmente atribuida **AUTORIZO** al citado menor a realizar la estación de penitencia con la Pontificia y Real Hermandad, y Archicofradía de Nazarenos del Dulce Nombre de Jesús, Sagrado Descendimiento de Nuestro Señor Jesucristo y Quinta Angustia de María Santísima Nuestra Señora, el próximo Jueves Santo, día 2 de abril de 2026, así como a participar en el resto de cultos que organiza la Hermandad, ya sean éstos externos o internos.

Adicionalmente manifiesto que **OTORGO** mi consentimiento expreso para que los datos personales del menor facilitados sean incorporados en los ficheros que dispone Hermandad de la Quinta Angustia, para gestionar los fines que, como asociación religiosa, persigue. Igualmente, otorgo mi consentimiento para que la imagen del menor al que represento, pueda aparecer en aquellas fotografías y vídeos que publique la Hermandad en sus distintos medios de información corporativos (boletines, anuarios, pagina web, etc...).

Designo para cualquier comunicación referida al menor y que sea precisa realizar durante la estación de penitencia a las siguientes personas (que no forman parte de la estación de penitencia):

D/Dña \_\_\_\_\_. Teléfono \_\_\_\_\_

D/Dña \_\_\_\_\_. Teléfono \_\_\_\_\_

**COMUNICACIÓN DE SITUACIONES DE ENFERMEDADES O DE PROBLEMAS CLÍNICOS**

Si Vd considera que el menor sobre el que ha autorizado su participación en la estación de penitencia tiene alguna enfermedad crónica o algún tipo de problema clínico del que deba tener conocimiento esta Hermandad durante el ejercicio de la estación de penitencia, debe comunicarlo por escrito a la Secretaría de la misma.

Sevilla a \_\_\_\_\_ de marzo de 2026

Fdo \_\_\_\_\_