



## Cláusula de protección de datos

Dades personals				
Primer llinatge	<input type="text"/>	Segon llinatge	<input type="text"/>	
Nom	<input type="text"/>	Data de naixement	<input type="text"/>	Edat <input type="text"/>
Domicili	Nom de la via, número, pis i localitat <input type="text"/>			
Municipi	<input type="text"/>	Codi postal	<input type="text"/>	
Telèfon fix	<input type="text"/>	Telèfon mòbil	<input type="text"/>	

**Información sobre la protección de los datos personales:** de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la normativa vigente en materia de información, le informamos sobre el tratamiento que daremos a los datos de carácter personal que consigne en este formulario.

**Finalidad del tratamiento y base jurídica:** la finalidad del tratamiento de estos datos es coordinar la atención multidisciplinaria y agilizar las actuaciones sanitarias, educativas y sociales de acuerdo con las previsiones de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares. Sus datos de carácter personal serán tratados por el Servicio de Salud de las Islas Baleares e incorporados a la actividad de tratamiento "Historia Clínica". La base legal para tratar sus datos de carácter personal se fundamenta en el consentimiento que preste por medio de este documento.

**Responsable del tratamiento:** Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares. C/Reina Esclarmunda, 9, 07003 Palma.

**Destinatarios de los datos personales:** como parte del registro es necesario que autorice ceder los datos facilitados y los datos personales y de salud del menor a quien usted representa —limitando la información a la estrictamente necesaria en cada caso— a los organismos dependientes de la Consejería de Salud y de la Consejería de Educación y Formación Profesional y a los diferentes equipos de los servicios sociales dependientes tanto de la Consejería de Servicios Sociales y Cooperación como del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales, del Consejo Insular de Menorca, del Consejo Insular de Ibiza y del Consejo Insular de Formentera, según corresponda.

Le informamos de que cualquier profesional que intervenga en cualquier fase del tratamiento de los datos está obligado a guardar el secreto profesional y que ninguno de los datos de carácter personal en cuestión será cedido ni utilizado en ningún caso para una finalidad distinta a la que hemos descrito.

**Plazo de conservación de los datos personales:** estos datos se conservarán durante quince años o durante el tiempo necesario para garantizar una asistencia sanitaria correcta de conformidad con la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

**Ejercicio de derechos y reclamaciones:** tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento, a oponerse al tratamiento de los datos y a limitarlo, a acceder a ellos, a rectificarlos, a suprimirlos, y también a ejercer el derecho a la portabilidad; puede hacerlo dirigiendo una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de los Servicios Centrales del Servicio de Salud de las Islas Baleares (c/ Reina Esclaramunda, 9. 07003 Palma). Dicha solicitud debe ir acompañada de una copia de un documento oficial que le identifique (DNI, NIE, permiso de conducir o pasaporte).

Le informamos de que puede dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos y a cualquier organismo público competente para presentar cualquier reclamación derivada del tratamiento de sus datos personales.

**Delegación de Protección de Datos:** la Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene su sede en la Secretaría General, ubicada en la calle de la Reina Esclaramunda, 9, de Palma. El correo electrónico de contacto es [dpd@ibsalut.es](mailto:dpd@ibsalut.es).

Firmando este documento autoriza la cesión de los datos en los términos descritos y manifiesta bajo su responsabilidad que en la fecha en que lo firma no existe ninguna circunstancia que pueda afectar a la validez de la representación del menor. De la misma manera, si es alguno de los progenitores del menor quien firma la autorización, manifiesta que actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad, siempre con el conocimiento y el consentimiento del otro progenitor, de conformidad con el artículo 156 del Código civil.

Acepto y autorizo expresamente el tratamiento de los datos [marque con una cruz]

,  de  de 20

Nombre y apellidos del titular de la patria potestad (padre, madre o tutor) o del representante legal:

Número del documento de identidad:

[firma]