

## ANEXO 9

### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

DATOS PERSONALES				
Primer apellido		Segundo apellido		
Nombre		Fecha nacimiento	Edad	
Domicilio	Nombre de la vía, número, piso y localidad			
Municipio		Código postal		
Teléfono fijo		Teléfono móvil		

**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, se informa sobre el tratamiento que se dará a los datos de carácter personal que se consignen 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 Illes Balears. Sus datos de carácter personal serán tratados por el Servicio de Salud de las Illes Balears e incorporados a la actividad de tratamiento «Historia clínica». La base legal para tratar sus datos de carácter personal se fundamenta en el consentimiento prestado por medio de este documento.

**Responsable del tratamiento.** Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears. C. de la Reina Esclaramunda, 9, 07003 Palma.

**Destinatarios de los datos personales.** Como parte del registro hace falta que se autorice la cesión de los datos facilitados y los datos personales y de salud del menor a quien se represente –limitando la información a la estrictamente necesaria en cada caso– a los organismos que dependen de la Consejería de Salud y Consumo y de la Consejería de Educación y Formación Profesional y a los diferentes equipos de los servicios sociales que dependen tanto de la Consejería de Asuntos Sociales y Deportes 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.

Se informa 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 diferente de la descrita.

**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 en conformidad con la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

**Ejercicio de derechos y reclamaciones.** Se tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, a oponerse al tratamiento de los datos y a limitarlo, a acceder, a rectificarlos, a suprimirlos, y también a ejercer el derecho en la portabilidad; se puede hacer dirigiendo una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de los Servicios Centrales del Servicio de Salud de las Illes Balears (C. de la Reina Esclaramunda, 9, 07003 Palma). La solicitud debe ir acompañada de una copia de un documento oficial que permita la identificación (DNI, NIE, carnet de conducir o pasaporte).

Se informa que se pueden dirigir 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 Illes Balears tiene la sede en la Secretaría General, ubicada en la calle de la Reina Esclaramunda, 9, de Palma. La dirección electrónica de contacto es *dpd@ibsalut.es*.

Firmando este documento se autoriza la cesión de los datos en los términos descritos y se manifiesta bajo su responsabilidad que en la fecha en que se firma no cabe circunstancia que pueda afectar la validez de la representación del menor. Del mismo modo, 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, en conformidad con el artículo 156 del Código Civil.

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

Fecha:

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

Número del documento de identidad:

[firma]