ANEXO II

GOIB CONSELLERIA EDUCACIÓ, UNIVERSITAT I RECERCA

GOIB CONSELLERIA AFERS SOCIALS I ESPORTS

GOIB CONSELLERIA SALUT I CONSUM

Cláusula de protección de datos

Dades personals					
Primer llinatge		Segon llinatge			
Nom		Data de naixement		Edat	
Domicili	Nom de la via, número, pis i localitat				
Municipi		Codi postal			
Telèfon fix		Telèfon mòbil			

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, os informamos sobre el tratamiento que daremos a los datos de carácter personal que consignáis en este formulario.

Finalidad del tratamiento y base jurídica: la finalidad del tratamiento de estos datos es coordinar la atención multidisciplinar 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. Vuestros 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 vuestros datos de carácter personal se fundamenta en el consentimiento que prestáis 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 autoricéis ceder los datos facilitados y los datos personales y de salud del menor a quien representáis -limitando la información a la estrictamente necesaria en cada caso- en los organismos que dependen de la Consejería de Salud y Consumo y de la Consejería de Educación, Universidad e Investigación 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.

Os informamos 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 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: tenéis derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, a oponeros al tratamiento de los datos y a limitarlo, a acceder a las mismas, a rectificarlas, a suprimirlas, y también a ejercer el derecho a la portabilidad; lo podéis 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 tiene que ir acompañada de una copia de un documento oficial que os identifique (DNI, NIE, permiso de conducir o pasaporte).

Os informamos de que podéis dirigiros a la Agencia Española de Protección de Datos y a cualquier organismo público competente para presentar cualquier reclamación derivada del tratamiento de vuestros 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 autorizáis la cesión de los datos en los términos descritos y manifestáis bajo vuestra responsabilidad que en la fecha en que lo firmáis no cabe 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 (señaládlo 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]