



ANEXO 4

Model de declaració responsable de trasllat interinsular o a altra comunitat autònoma de cadàvers, restes humans i restes cadavèrics del grup II

TRASLLAT FUNERARI	Registre:
--------------------------	-----------

DADES DEL DECLARANT		
Nom i llinatges/raó social:		DNI/NIF:
Direcció:		
CP:	Municipi:	Província:
DADES DEL REPRESENTANT		
Nom i llinatges:		DNI:
Direcció:		
CP:	Municipi:	Província:
DIRECCIÓ A EFECTES DE NOTIFICACIONS		
Direcció:		
CP:	Municipi:	Província:
Telefono:	Fax:	Correu electrònic:
DADES DEL TRASLLAT		
TIPUS DE TRASLLAT		
Cadàver		
Restes humans <i>[nom i DNI al qui pertanyia]:</i>		
Restes cadavèrics		
DADES DEL DIFUNT		
Nom i llinatges:		DNI/NIE:
Lloc de la defunció:	Data:	Hora:
CAUSA DE LA DEFUNCIÓ		
Causa inicial:		
Causa immediata:		

MITJÀ DE TRANSPORT		
Tipus de vehicle:	model:	matrícula:
TIPUS DE FÉRETRE: Comú Especial		
TÉCNICA DE CONSERVACIÓ No: Si: conservació transitori embalsamament <i>Se li tindrà que donar destí final abans de (indicar data):</i>		
ITINERARI: Terrestre Aeri Marítim		
LLOC DE PARTIDA		
Direcció:		
CP:	Municipi:	Província:
LUGAR DE DESTINO Tanatori Cementerí Crematori		
Direcció:		
CP:	Municipi:	Província:
DOCUMENTACIÓ QUE PRESENTA		
Certificat mèdic defunció		
Inscripció en el Registre Civil i llicència d'enterrament		
Certificat del tècnic responsable (només en el cas de realització de tècnica sanitària)		
Autorització judicial		
Còpia del DNI (només en defecte d'autorització) del declarant i del representant		
Còpia del NIF		
Acreditació de la representació		
Justificant abonament de la taxa		

Informació sobre protecció de dades personals

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 (RGPD) i la legislació vigent en matèria de protecció de dades, s'informa del tractament de les dades personals que conté aquest formulari.

Finalitat del tractament i base jurídica: tramitació del procediment administratiu Sanitat Mortuòria: trasllat interinsular o a una altra Comunitat Autònoma de cadàvers, restes humanes o restes cadavèrics del grup II. d'acord amb el que preveuen la Llei 3/2003 de 26 de març, de règim jurídic de l'administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, Decret

11/2018, de 27 d'abril, pel qual es regula l'exercici de la sanitat mortuòria de les Illes Balears.

Responsable del tractament: Direcció General de Salut Pública.

Destinatari de les dades personals: no se cediran les dades personals a tercers, tret que hi hagi obligació legal o interès legítim d'acord amb el RGPD.

Termini de conservació de les dades personals: serà d'aplicació el previst a la normativa d'arxius i documentació.

Existència de decisions automatitzades: no n'hi ha.

Transferències de dades a tercers països: les dades no es transferiran a tercers països

Exercici de drets i reclamacions: la persona afectada pel tractament de dades personals pot exercir els seus drets d'informació, d'accés, de rectificació, de supressió, de limitació, de portabilitat, d'oposició i de no inclusió en tractaments automatitzats (i, fins i tot, de retirar el consentiment, si és el cas, en els termes que estableix el RGPD) davant el responsable del tractament esmentat abans, mitjançant el procediment «Sol·licitud d'exercici de drets en matèria de protecció de dades personals», previst en la seu electrònica de la CAIB ([seu electrònica](#)).

Amb posterioritat a la resposta del responsable o al fet que no hi hagi resposta en el termini d'un mes, pot presentar la «Reclamació de tutela de drets» davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (AEPD).

Delegació de Protecció de Dades: la Delegació de Protecció de Dades de l'Administració de la CAIB té la seu a la Conselleria de Presidència, Cultura i Igualtat (passeig de Sagrera, 2, 07012 Palma).

Adreça electrònica de contacte: protecciondades@dpd.caib.es.

DECLAR RESPONSABLEMENT:

Que les dades consignades son exactes, que dispòs de la documentació que ho acredita i que l'actuació, compleix els requisits prevists al Decret 11/2018 de 27 d'abril, pel que se regula l'exercici de la sanitat mortuòria de les Illes Balears. De la mateixa manera, sé que el incompliment d'aquesta declaració podrà donar lloc a les responsabilitats previstes a la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat; Llei 33/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública; Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, i Llei 16/2010, de 28 de desembre, de salut pública de les Illes Balears.

AUTORITZ A LA CONSELLERIA DE SALUT A CONSULTAR LES SEGÜENTS DADES:

Autoritzo la obtenció dels documents o dades necessaris per a la tramitació d'aquest procediment que puguin ser consultats mitjançant les xarxes corporatives o sistemes electrònics habilitats als efectes (art. 28.2 de la Llei 39/2015, d' 1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques).

No ho autoritz (En aquest cas, te que aportar la documentació que es requereix en el procediment que correspongui)

- Dades d'identitat (DNI) del declarant.
- identitat (DNI) [del representant]

[Firma del declarant]

[Firma del representant]

, de de 20

DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA