



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ

AUTORITZACIÓ DE L'EXAMEN DE LA FUNCIO AUDITIVA

Nom i llinatges de l'alumne/a:			
Data de naixement:	Sexe:	Nin: <input type="checkbox"/>	Nina: <input type="checkbox"/>
Pare/mare/tutor/tutora:			
Domicili:	Núm.:	Pis:	Porta:
Localitat:	Municipi:	CP:	
Telèfon mòbil:	Telèfon fix:		
Adreça electrònica:			
Centre escolar:			

- AUTORITZ la revisió de la funció auditiva al meu fill/la meva filla, dins el Programa de Detecció Precoç de la Hipoacúsia Infantil.
- NO AUTORITZ la revisió de la funció auditiva al meu fill/la meva filla, dins el Programa de Detecció Precoç de la Hipoacúsia Infantil.

[Signatura del pare/mare/tutor/tutora]

.....

(Nom i llinatges del pare/mare/tutor/tutora)

....., d de 20.....

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 (RGPD) i la legislació vigent en matèria de protecció de dades de caràcter personal, consentiu expressament que les dades facilitades siguin recollides i tractades en el fitxer "Programa de Detecció Precoç de la Hipoacúsia Infantil" de qual és titular la Direcció General de Salut Pública i Participació, a la qual està destinat aquest escrit. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Direcció General de Salut Pública i Participació (c/ de Jesús, núm. 38A, 07010 Palma).