



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

## AUTORIZACIÓN DEL EXAMEN DE LA FUNCIÓN AUDITIVA

Nombre y apellidos alumno/a:			
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Niño: <input type="checkbox"/>	Niña: <input type="checkbox"/>
Padre/madre/tutor/tutora:			
Domicilio:	Núm.:	Piso:	Puerta:
Localidad:	Municipio:	CP:	
Teléfono móvil:		Teléfono fijo:	
Correo electrónico:			
Centro escolar:			

- AUTORIZA la revisión de la función auditiva a su hijo/a, dentro del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil.
- NO AUTORIZA la revisión de la función auditiva a su hijo/a, dentro del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil.

**[Firma: padre/madre/tutor/tutora]**

.....

(Nombre y apellidos del padre/madre/tutor/tutora)

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

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, consiente expresamente que los datos facilitados sean recogidos y tratados en el fichero "Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil" del cual es titular la Dirección General de Salud Pública y Participación, a la cual está destinado este escrito. Puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección General de Salud Pública y Participación (c/ Jesús, núm. 38A, 07010 Palma).