



Autorització per a la revisió de salut bucodental a l'escola

Dades del pare/mare/tutor o tutora legal o alumne/a

Nom i cognoms:

DNI:

- Autoritzo la revisió de salut bucodental**
 No autoritzo la revisió de salut bucodental

Data: (DD/MM/AAAA)

Signatura pare/mare/tutor o tutora legal o alumne/a

Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms

Edat:

Curs i classe:

De conformitat amb la normativa de protecció de dades, a continuació facilitem la informació bàsica sobre el tractament de les vostres dades personals.

Tractament: les dades personals contingudes en aquest document seran tractades pel centre assistencial que realitzi l'activitat

Responsable: la persona que determini el centre assistencial que realitzi l'activitat en relació amb el tractament de dades que correspongui

Finalitat: la determinada pel centre assistencial que realitzi l'activitat en relació amb el tractament de dades que correspongui

Legitimació: per consentiment de la persona interessada

Destinataris: les dades es poden incorporar a la història clínica compartida de Catalunya

Podeu exercir els vostres drets davant: Podeu accedir a les vostres dades, sol·licitar-ne la rectificació o supressió, oposar-vos al tractament i sol·licitar-ne la limitació, enviant la vostra sol·licitud a l'adreça Travessera de les Corts, 131-159 - Pavelló Ave Maria –Barcelona o, en format electrònic, mitjançant la petició genèrica disponible a tràmits gencat. Per a consultar informació addicional, podeu accedir a l'enllaç següent:

https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/proteccio-de-dades/