

## ANEXO 6

### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

DATOS PERSONALES					
Primer apellido		Segundo apellido			
Nombre		Fecha de nacimiento		Edad	
Domicilio	Nombre de la vía, número, piso y localidad				
Municipio		Código postal			
Teléfono fijo		Teléfono móvil			

**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 multidisciplinaria 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 autorizéis 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— a los organismos que dependen de la Consejería de Salud y Consumo y de la Consejería de Educación y Formación Profesional 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 no 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 en 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 rectificarlos, a suprimirlos, y también a ejercer el derecho en 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 debe ir acompañada de una copia de un documento oficial que os identifique (DNI, NIE, carnet de conducir o pasaporte).

Os informamos 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](mailto: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 hay ninguna circunstancia que pueda afectar la validez de la representación del menor. Del mismo modo, 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, en conformidad con el artículo 156 del Código Civil.

☐ Acepto y autorizo expresamente el tratamiento de los datos [señálese con una cruz].

..... de ..... de 20....

[rúbrica]

El titular de la patria potestad (pare, madre, tutor o tutora)  
o del representante legal

Nombre y apellidos: .....

DNI: .....