  

Clàusula de protecció de dades

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dades personals** | | | | | | | |
| Primer llinatge |  | Segon llinatge |  | | | | |
| Nom |  | Data de naixement | | |  | Edat |  |
| Domicili | Nom de la via, número, pis i localitat | | | | | | |
| Municipi |  | | | Codi postal | |  | |
| Telèfon fix |  | Telèfon mòbil | |  | | | |

**Informació sobre la protecció de les dades personals:** de conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 (RGPD) i la normativa vigent en matèria d’informació, us informam sobre el tractament que donarem a les dades de caràcter personal que consigneu en aquest formulari.

**Finalitat del tractament i base jurídica:** la finalitat del tractament d’aquestes dades és coordinar l’atenció multidisciplinària i agilitar les actuacions sanitàries, educatives i socials d’acord amb les previsions de la Llei 5/2003, de 4 d’abril, de salut de les Illes Balears. Les vostres dades de caràcter personal seran tractades pel Servei de Salut de les Illes Balears i incorporades a l’activitat de tractament “Història Clínica”. La base legal per tractar les vostres dades de caràcter personal es fonamenta en el consentiment que presteu per mitjà d’aquest document.

**Responsable del tractament:** Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears. C/ de la Reina Esclaramunda 9, 07003 Palma.

**Destinataris de les dades personals:** com a part del registre cal que autoritzeu cedir les dades facilitades i les dades personals i de salut del menor a qui representau —limitant la informació a l’estrictament necessària en cada cas— als organismes que depenen de la Conselleria de Salut i de la Conselleria d’Educació i Formació Professional i als diferents equips dels serveis socials que depenen tant de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació com de l’Institut Mallorquí d’Afers Socials, del Consell Insular de Menorca, del Consell Insular d’Eivissa i del Consell Insular de Formentera, segons pertoqui.

Us informam que qualsevol professional que intervengui en qualsevol fase del tractament de les dades està obligat a servar el secret professional i que cap de les dades de caràcter personal en qüestió no serà cedida ni utilitzada en cap cas per a una finalitat diferent de la que hem descrit.

**Termini de conservació de les dades personals:** aquestes dades es conservaran durant quinze anys o durant el temps necessari per garantir una assistència sanitària correcta de conformitat amb la Llei 14/1986, de 25 d’abril, general de sanitat.

**Exercici de drets i reclamacions:** teniu dret a retirar el consentiment en qualsevol moment, a oposar-vos al tractament de les dades i a limitar-lo, a accedir-hi, a rectificar-les, a suprimir-les, i també a exercir el dret a la portabilitat; ho podeu fer adreçant una sol·licitud per escrit al Servei d’Atenció a l’Usuari dels Serveis Centrals del Servei de Salut de les Illes Balears (c/ de la Reina Esclaramunda, 9. 07003 Palma). La sol·licitud ha d’anar acompanyada d’una còpia d’un document oficial que us identifiqui (DNI, NIE, permís de conduir o passaport).

Us informam que podeu adreçar-vos a l’Agència Espanyola de Protecció de Dades i a qualsevol organisme públic competent per presentar-hi qualsevol reclamació derivada del tractament de les vostres dades personals.

**Delegació de Protecció de Dades:** la Delegació de Protecció de Dades del Servei de Salut de les Illes Balears té la seu a la Secretaria General, ubicada al carrer de la Reina Esclaramunda 9, de Palma. L’adreça electrònica de contacte és [dpd@ibsalut.es.](mailto:dpd@ibsalut.es)

Signant aquest document autoritzau la cessió de les dades en els termes descrits i manifestau sota la vostra responsabilitat que en la data en què el signau no hi ha cap circumstància que pugui afectar la validesa de la representació del menor. *De la mateixa manera, si és algun dels progenitors del menor qui signa l’autorització, manifesta que actua a l’exercici ordinari de la pàtria potestat, sempre amb el coneixement i el consentiment de l’altre progenitor, de conformitat amb l’article 156 del Codi civil.*

* Accept i autoritz expressament el tractament de les dades (senyalau-ho amb una creu)

Nom i llinatges dels dos titulars de la pàtria potestat (pare, mare o tutor) o dels representants legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número del document d'identitat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[firma]

Número del document d'identitat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[firma]