

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO EXPLICITO PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS
PERSONALES QUE INCLUYAN DATOS DE SALUD

Responsable del Tratamiento: Nuria Ropero Pérez

Dirección: Goya 16, local, 13600, Alcázar de San Juan, Ciudad Real

Teléfono: 626135115

Le informamos en relación a la gestión de sus datos personales (recabados de forma verbal o a través de la documentación que en su caso nos aporte), que se tratarán bajo finalidades de **gestión de la actividad solicitada así como los servicios derivados de esta relación (gestión de facturación o contabilidad, control de pagos, cumplimiento con obligaciones legales, gestión de agenda y ponernos en contacto con el interesado a través de los medios proporcionados para recordarle citaciones)**. Si se incluyen datos de salud, precisamos de su consentimiento explícito, que entenderemos dado con la firma de este documento. El tratamiento de sus datos de salud por esta responsable no es obligatorio para la gestión del servicio solicitado. Puede negarse y oponerse al tratamiento en cualquier momento, si bien ello no afectará a los tratamientos de datos producidos con anterioridad.

En general, conservaremos sus datos durante el tiempo en que se mantenga su relación con este centro, manteniéndose posteriormente con medidas de seguridad de seudonimización o cifrado en la medida en que exista obligación legal (ej., 5 años según art. 1964 del Código Civil -acciones personales sin plazo especial-, 6 años según art. 30 Código de Comercio -libros de contabilidad, facturas...- 4 años según Ley General Tributaria, etc). Los datos de salud proporcionados, en su caso, al no existir obligación legal de conservación por nuestra parte y dada su sensibilidad, se destruirán finalizada la relación contractual. Al respecto, nos puede solicitar información adicional en un amplio documento que hemos elaborado y que está a su disposición.

Se le reconocen sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación al tratamiento y a la portabilidad de los datos y para tal fin, le informamos que esta entidad ha elaborado unos formularios específicos (que están a su disposición y que puede solicitar). No obstante, en cualquier momento puede dirigirse al responsable a través de una petición con su nombre, apellidos, fotocopia de su dni -para acreditar su identidad- e indicarnos un domicilio a efecto de notificaciones. En todo caso, si considera que estos derechos no se han satisfecho convenientemente por nuestra parte, le informamos que puede presentar una reclamación ante la autoridad de control (Agencia Española de Protección de Datos, Jorge Juan 6, 28001, Madrid, o ante su sede electrónica <https://sedeagpd.gob.es>). El ejercicio de estos derechos es gratuito.

D.....con DNI/NIF.....declaro haber sido informado de lo dispuesto en este documento en relación al tratamiento de mis datos personales, **consintiendo de forma explícita**, con mi firma, su tratamiento, que se destinarán a las finalidades indicadas en el **subrayado** del mismo.

En _____ a _____ de _____ de 201_____

Fdo _____

AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR / TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL (MENOR DE 14 AÑOS)

Ante la imposibilidad de D/Dña _____ con
DNI/NIF _____ de acreditar haber recibido la información y haber consentido en
relación a los tratamientos de datos de salud que se detallan en el presente documento
D/Dña _____ con DNI/NIF _____ en
calidad de _____ (padre, madre, tutor legal, familiar, representante legal), declaro haber sido informado
de lo dispuesto del tratamiento de datos de mi representado, consintiendo su tratamiento, destinándose los mismos a
las finalidades indicadas en el **subrayado** del mismo.

En _____ a _____ de _____ de 201 _____

Fdo _____