

Autorització per revisar la salut bucodental de l'alumnat. Curs 202__-202__

Dades del pare, mare o tutor/a legal

Nom i cognoms

DNI o NIE

☐ Autoritzo la revisió de salut bucodental.☐ No autoritzo la revisió de salut bucodental.

Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms

Edat

Nom del centre educatiu

Curs i classe (per exemple, 6è A)

Informació bàsica sobre protecció de dades

Us facilitem la informació bàsica sobre el tractament de les vostres dades personals, d'acord amb la normativa de protecció de dades.

Tractament: les dades personals d'aquest document les tractarà el centre assistencial que faci l'activitat.

Responsable: la persona que determini el centre assistencial que faci l'activitat amb el tractament de dades que correspongui.

Finalitat: la que determini el centre assistencial que faci l'activitat en relació amb el tractament de dades

Legitimació: per consentiment de la persona interessada.

Drets: podeu accedir a les vostres dades, sol·licitar-ne la rectificació o supressió, oposar-vos-en al tractament i sol·licitar-ne la limitació, enviant la vostra sol·licitud (Travessera de les Corts, 131-159, Pavelló Ave Maria, Barcelona o, en format electrònic, mitjançant la petició genèrica disponible a Tràmits gencat (<https://web.gencat.cat/ca/tramits/index.html>)). Per consultar informació addicional, podeu accedir a l'enllaç següent:

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

Lloc i data

Signatura
