

AUTORITZACIÓ DE REPRESENTACIÓ

[Nom i llinatges del mare/pare]

amb DNI

AUTORITZ

[Nom i llinatges persona adulta acompanyant]:

.....

amb DNI A:

☐

Acompanyar la meua filla/fill

[Nom i llinatges del menor i DNI]

☐

Recollir l'informe mèdic de la meua filla/fill

[Nom i llinatges del menor i DNI]

[Marcau la casella corresponent.]

I, perquè consti, sign aquest document.

_____, _____ d _____ de 20____

Signatura mare/pare o **tutor/tutora**

Signatura persona autoritzada

D'acord amb el que estableix la normativa de protecció de dades personals (Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre), amb la signatura d'aquesta sol·licitud atorgau el consentiment perquè les dades personals, incloent les dades de salut, siguin tractades per la Unitat d'Activitat Física i Salut del Consell de Mallorca (UAFIS) amb la finalitat de prestar els serveis mèdics sol·licitats i gestionar la informació mèdica. Teniu dret a accedir a les dades, rectificar-les i suprimir-les, així com a oposar-vos al seu tractament i a retirar el consentiment en qualsevol moment, mitjançant un correu electrònic a medesport@conselldemallorca.net o un escrit adreçat a la Unitat d'Activitat Física i Salut del Consell de Mallorca (carrer del General Riera, 111, 07010 Palma). Així mateix, teniu dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades: www.aepd.es. La UAFIS es compromet a tractar les dades de manera confidencial i segura, complint la normativa aplicable en matèria de protecció de dades. Les dades no es comunicaran a tercers, llevat dels casos d'obligació legal, interès vital, prestació del servei o que hi doneu el vostre consentiment previ.

IMPORTANT: recordau que heu d'aportar tota la documentació necessària i una fotocòpia del DNI.