

AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

Yo, (nombre y apellidos madre/padre).....

con DNI núm.

AUTORIZO A (nombre y apellidos persona adulta acompañante):

.....

con DNI núm.

Para:

☐ Acompañar a mi hija/hijo

.....
(apellidos y nombre de la/del menor y DNI)

☐ Recoger el informe médico de mi hija/hijo

.....
(apellidos y nombre de la/del menor y DNI)

(Marque la/las casilla/s correspondiente/s)

Y para que así conste, a los efectos oportunos, firmo este documento

_____, _____ de _____ de 20____.

Firma madre/padre o persona tutora

Firma persona autorizada

"De acuerdo con lo establecido en la normativa de protección de datos personales (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre), al firmar esta solicitud usted otorga su consentimiento para que sus datos personales, incluyendo los datos de salud, sean tratados por la Unidad de actividad física y salud del Consell de Mallorca (UAFIS) con la finalidad de prestarle los servicios médicos solicitados, así como la gestión de la información médica. Usted tiene derecho a acceder, rectificar, suprimir y oponerse al tratamiento de sus datos, así como a retirar su consentimiento en cualquier momento, mediante correo electrónico a la dirección medesport@conselldemallorca.net o mediante escrito dirigido a la UAFIS, con domicilio en la calle General Riera, 111, 07010 Palma de Mallorca. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos www.aepd.es. La UAFIS se compromete a tratar sus datos de manera confidencial y segura, cumpliendo con la normativa aplicable en materia de protección de datos. Los datos no serán comunicados a terceros, salvo obligación legal, interés vital, prestación del servicio o previo consentimiento del interesado."

Nota Importante:

Recuerde que ha de aportar toda la documentación necesaria y la fotocopia del DNI.