ANEXO 6. MODELO DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

MODELO DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

D./Dª....., con D.N.I.....,

con C.I.P.A. ..... y cuyo hospital de referencia es

....., y

D./Dª ....., con D.N.I .....
como figura de apoyo a la capacidad jurídica (rellenar solo si procede)

AUTORIZO a la Gerencia Regional de Salud para que los datos de carácter personal (Nombre, apellidos, D.N.I., nº de Seguridad Social y discapacidad y/o autismo), relacionados con el Programa ASI de Castilla y León para la mejora de atención sanitaria de las personas con discapacidad grave (física, sensorial, intelectual y psíquica) y/ o trastorno del espectro autista (TEA), que conlleve la necesidad de un acompañamiento permanente para el desarrollo de la actividad diaria, les sean cedidos a para los fines descritos.
La Gerencia Regional de Salud, como responsable del tratamiento de sus datos personales, en cumplimiento de lo establecido en el REGLAMENTO UE 2016/679 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informa de lo siguiente:

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD	DIRECCIÓN: C/ PASEO DE ZORRILLA Nº 1. CP 47007 VALLADOLID TELÉFONO: 983380002 **CORREO ELECTRÓNICO: SDA.GRS@SALUDCASTILLAYLEON.ES** DATOS DE CONTACTO DEL DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS. **CORREO ELECTRÓNICO: DPD.SANIDAD@JCYL.ES**
FINALIDAD	PROGRAMA PARA LA ASISTENCIA ESPECIAL	RACIONALIZACIÓN DE CITAS, VISITAS, ESTANCIAS EN CENTROS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN Y ATENCIÓN SANITARIA ADAPTADAS A SUS LIMITACIONES ESPECÍFICAS.
		LOS DATOS RECOGIDOS SE CONSERVARÁN DURANTE EL TIEMPO NECESARIO PARA CUMPLIR CON LA FINALIDAD PARA LA QUE SE RECABARON Y PARA DETERMINAR LAS POSIBLES RESPONSABILIDADES QUE SE PUDIERAN DERIVAR DE DICHA FINALIDAD Y DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS.
LEGITIMACIÓN	CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO RECIBIDO DEL INTERESADO A LA ENTREGA DEL PRESENTE MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.	MOTIVO DE LICITUD DEL TRATAMIENTO: ARTÍCULO 9.2.A). DEL REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS. CONSENTIMIENTO DEL INTERESADO.
DESTINATARIOS	GERENCIA REGIONAL DE SALUD	EN EL CASO DE QUE LOS DATOS SEAN RECOGIDOS POR EL ENCARGADO DEL TRATAMIENTO, SERÁ ESTE QUIEN SE LOS TRASLADARÁ AL RESPONSABLE. LOS DATOS SERÁN CEDIDOS A LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD PARA LAS FUNCIONES DESCRITAS, SIN QUE EL CESIONARIO PUEDA HACER USO DE LOS DATOS CEDIDOS PARA FINALIDADES DISTINTAS, O CEDERLOS A TERCEROS.
	NO ESTÁN PREVISTAS CESIONES O TRANSFERENCIAS A TERCEROS PAÍSES.	NO SE CEDERÁN DATOS SALVO OBLIGACIÓN LEGAL

DERECHOS	DERECHO A ACCEDER, RECTIFICAR Y SUPRIMIR SUS DATOS, ASÍ COMO DERECHO A SOLICITAR LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO Y LA PORTABILIDAD DE SUS DATOS. ASIMISMO, TIENE DERECHO A REVOCAR EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 7.3 DEL RGPD	TIENE DERECHO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, SUPRESIÓN, LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO Y PORTABILIDAD DE DATOS, EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 15 A 23 DEL RGPD.
		PUEDE EJERCER TODOS ESTOS DERECHOS ANTE EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, MEDIANTE ESCRITO DIRIGIDO AL GERENTE REGIONAL DE SALUD EN LA DIRECCIÓN POSTAL ARRIBA INDICADA.
		PUEDE EJERCER TODOS ESTOS DERECHOS ANTE EL DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS, ENVIANDO CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN DPD. SANIDAD@JCYL.ES
		PUEDE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN ANTE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS. MÁS INFORMACIÓN EN : WWW.AGPD.ES
PROCEDENCIA DE LOS DATOS	INTERESADO.	
MÁS INFORMACIÓN	REGISTRO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD	HTTPS://WWW.SALUDCASTILLAYLEON.ES/TRANSPARENCIA/ES/PROTECCION-DATOS-PERSONALES/GERENCIA-REGIONAL-SALUD

En ……, a ……. de ……. de 20…

Fdo.: El paciente

Nombre, apellidos y DNI

Fdo.: Figura de apoyo

Nombre, apellidos y DNI