

## ANEXO 11

### Modelo de cláusula de protección de datos

#### DATOS DEL ALUMNO

Primer apellido		Segundo apellido	
Nombre		Fecha de nacimiento	
Dirección postal			Código postal
Localidad		Municipio	

#### DATOS DEL REPRESENTANTE (PARE, MADRE O TUTOR LEGAL)

DNI/NIE		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Dirección electrónica			
Dirección postal			Código postal
Localidad		Municipio	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	

#### INFORMACIÓN SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la normativa vigente en materia de información, se informa sobre el tratamiento que se dará a los datos de carácter personal presentes en este formulario.

**Finalidad del tratamiento y base jurídica.** La finalidad del tratamiento de estos datos es coordinar la atención multidisciplinar y agilizar las actuaciones sanitarias, educativas y sociales de acuerdo con las previsiones de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears. Estos datos serán tratados por el Servicio de Salud de las Illes Balears e incorporadas a la actividad de tratamiento «Historia clínica». La base legal para tratar los datos de carácter personal se fundamenta en el consentimiento que el afectado presta por medio de este documento.

**Responsable del tratamiento.** Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears (C. de la Reina Esclaramunda, 9, 07003 Palma).

**Destinatarios de los datos personales.** Como parte del registro, hace falta que el representante autorice ceder los datos facilitados y los datos personales y de salud del menor a quien representa —limitando la información a la estrictamente necesaria en cada caso— a los organismos que dependen de la Consejería de Salud y Consumo y de la Consejería de Educación y Formación Profesional y a los diferentes equipos de los servicios sociales que dependen tanto de la Consejería de Asuntos Sociales y Deportes como del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales, del Consejo Insular de Menorca, del Consejo Insular de Eivissa y del Consejo Insular de Formentera, según corresponda.

Cualquier profesional que intervenga en cualquier fase del tratamiento de los datos está obligado a guardar el secreto profesional. Ninguno de los datos de carácter personal en cuestión será cedido o utilizado en ningún caso para una finalidad diferente de la descrita.

**Plazo de conservación de los datos personales.** Estos datos se conservarán durante quince años o durante el tiempo necesario para garantizar una asistencia sanitaria correcta de conformidad con la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

**Ejercicio de derechos y reclamaciones.** La persona afectada por el tratamiento de datos

personales tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, a oponerse al tratamiento de los datos y a limitarlo, a acceder, a rectificarlos, a suprimirlos, y también a ejercer el derecho en la portabilidad, mediante una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de los Servicios Centrales del Servicio de Salud de las Illes Balears (C. de la Reina Esclaramunda, 9, 07003 Palma). La solicitud tiene que ir acompañada de una copia de un documento oficial identificativo (DNI, NIE, carnet de conducir o pasaporte).

La persona afectada por el tratamiento de datos también puede dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos y a cualquier organismo público competente para presentar cualquier reclamación derivada del tratamiento de los datos personales.

**Delegación de Protección de Datos.** La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Illes Balears tiene la sede en la Secretaría General, ubicada en la calle de la Reina Esclaramunda, 9, de Palma. La dirección electrónica de contacto es [dpd@ibsalut.es](mailto:dpd@ibsalut.es).

#### AUTORIZACIÓN

Autorizo la cesión de los datos en los términos descritos y manifiesto bajo mi responsabilidad que, en la fecha en la que firmo, no hay ninguna circunstancia que pueda afectar a la validez de la representación del menor. Del mismo modo, si es alguno de los progenitores del menor quien firma la autorización, manifiesto que actúo en el ejercicio ordinario de la patria potestad, siempre con el conocimiento y el consentimiento del otro progenitor, de conformidad con el artículo 156 del Código Civil.

Acepto y autorizo expresamente el tratamiento de los datos [*se tiene que marcar con una X*].

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 20\_\_

[firma]