

### Documento de Información

Por la presente manifiesto que los datos personales a los que se refiere este documento, han sido facilitados voluntariamente por mí, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para la prestación del servicio sanitario requerido y autorizo a su tratamiento, informatizado o no, con esta finalidad, así como para la gestión administrativa del centro. Dichos datos se incluirán en ficheros, automatizados o no, y serán tratados de forma totalmente confidencial por INSTITUT MARGALET, S.L.

El interesado tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con lo dispuesto al respecto en la legislación aplicable, Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndose por escrito al INSTITUT MARGALET, [administracion@institutmargalet.com](mailto:administracion@institutmargalet.com), adjuntando copia de su DNI.

Mediante la presente, se autoriza que los datos personales de carácter sanitario recabados puedan ser cedidos por el responsable del tratamiento a terceros que actúan como colaboradores por razón de su especialidad y pericia médica, para dar cumplimiento al servicio sanitario requerido, en este caso a las autoridades sanitarias pertinentes por interés de salud público frente al COVID-19.

El titular de los datos personales arriba consignados, al suscribir este Documento de Información autoriza expresamente al responsable del fichero para el tratamiento de esos datos personales para las finalidades expresadas.

El artículo 7.6 de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley 15/1999, de 13 de diciembre, autoriza a los profesionales sanitarios sujetos a secreto profesional y a otras personas sujetas a equivalente obligación de secreto, al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios

NOMBRE Y APELLIDOS

Your answer

DNI

Your answer

FECHA

MM DD YYYY

\_\_ / \_\_ / 2020