

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REGISTRO de datos de carácter personal

Solicitud de **INSCRIPCIÓN AL CURSO DE APOYO MUTUO**

(Enviar por correo electrónico a lrvazquez@salud.madrid.org o mariajesus.Reviriego@salud.madrid.org o entregar en el Centro Municipal de Servicios de San Sebastián de los Reyes - C/ Federico García Lorca, s/n)

Don/Doña _____

con fecha de nacimiento ____ / ____ / _____, DNI _____

Dirección _____

Nº Teléfono _____

Correo electrónico _____

Se le informa de:

- La necesidad de Registrar, Tratar, Compartir, Solicitar, Emitir datos de carácter Personal entre los diferentes profesionales que organizan las sesiones, como entre los servicios de Salud y Administraciones Públicas si se considera necesario que ejerzan las mismas competencias previstas en la Ley vigente.
- La necesidad de incorporar sus datos en el/los **ficheros** del Ayuntamiento de S. S. Reyes y el Area V de Salud
- El derecho del paciente de revocar cualquier consentimiento prestado a fecha actual, así como de acceder, rectificar, cancelar los datos registrados, comunicándolo por escrito en el mismo Centro

CONSIENTO

- Que mis datos personales sean registrados y tratados cumpliendo la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal vigente en los ficheros de Historia Clínica y Gestión de las organizaciones que realizarán las inscripciones para la selección de las 20 plazas convocadas
- Que los profesionales relacionados con el tratamiento y otros servicios de salud puedan acceder y compartir datos de carácter personal sujetos al deber de secreto que establece la Ley vigente.

NO SI

Consentimiento informado

Para que así conste, firmo el presente **documento** en

_____ a _____ de _____ de 20__

| |
|---------------|
| Firma |
| |
| Fdo: Paciente |

| |
|------------------|
| Firma |
| |
| Fdo: Profesional |