

MODEL DE CONSENTIMENT DE LA PERSONA AFECTADA/INTERESSADA

En/Na..... de.....anys d'edat, amb domicili a....., com a (persona interessada/afectada), amb DNI....., als efectes que preveu l'article 6 de la Llei Orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal, i els articles del 12 al 17 del RD 1720/2007, sobre el reglament que desplega la Llei orgànica 15/1999,

DECLARE:

Que done el meu consentiment perquè les dades de caràcter personal relatives a la salut que consten en la meua història clínica electrònica siguen recollits/tractats pel Servei de Prevenció i Medi Ambient amb Vigilància i Control de la Salut dels Treballadors de la Universitat de València, per a l'exercici de les seues funcions.

..... a d..... de 20.....

Signat: En/ Na.....
DNI.....

Fdo: Dr/a.....
DNI.....
Núm. de Col.legiat/ada.....