

MODELO DE CONSENTIMIENTO DEL AFECTADO/INTERESADO

Don/doña.....de.....años de edad,
con domicilio en....., en
calidad de (interesado/afectado)....., con DNI....., a los
efectos previstos en el artículo 6º de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de
carácter personal y artículos 12 al 17 RD 1720/2007, sobre Reglamento de desarrollo
de la Ley Orgánica 15/1999,

DECLARO:

Que presto mi consentimiento, para que los datos de carácter personal relativos a la
salud obrantes en mi historia clínica electrónica, sean recogidos/tratados por el Servei
de Prevenció i Medi Ambient con Vigilancia y Control de la Salud de los
Trabajadores de la Universitat de València, para el ejercicio de sus funciones.

Ena.....de.....de.....

Fdo: Don/Doña.....

DNI.....

Fdo: Dr/a.....

DNI.....

Número de Colegiado.....