

PROGRAMA DE ACTIVACIÓN AVISO DE PERSOA CON DISCAPACIDADE SENSORIAL AUDITIVA

DATOS DA PERSOA QUE SOLICITA A INCLUSIÓN NO PROGRAMA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO
NIF/PASAPORTE	N.º TARXETA SANITARIA	

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO
NIF/PASAPORTE	N.º TARXETA SANITARIA	EN CALIDADE DE
		<input type="radio"/> REPRESENTANTE/TITOR/A LEGAL <input type="radio"/> AUTORIZADO/A

TIPO DE SOLICITUDE:

ALTA BAIXA

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

- DNI/pasaporte da persoa solicitante
- DNI/pasaporte do/da titor/a ou representante legal ou autorizado/a
- Libro de familia ou documento que acredite a tutela
- No caso de persoas incapacitadas, sentenza xudicial de incapacidade

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Consellería de Sanidade como responsable do sistema de información do Sistema Público de Saúde de Galicia (Lei 8/2008, de 10 de xullo, de saúde de Galicia).
Actividade de tratamento	Solicitudes, notificacións e relacións coa cidadanía
Finalidades do tratamento	Notificacións de solicitudes, peticións, queixas e reclamacións da cidadanía. Xestión das comunicacións institucionais coa cidadanía
Lexitimación para o tratamento	RGPD: 6.1.e) Tratamento necesario para o cumprimento dunha misión realizada no interese público ou no exercicio de poderes públicos conferidos á persoa responsable do tratamento. Consentimento das persoas interesadas.
Persoas destinatarias dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación de resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.
Exercicio de dereitos	Toda persoa física ten recoñecido legalmente o dereito a acceder aos datos relativos á súa persoa que van ser tratados. Tamén teñen dereito a solicitar a rectificación e supresión destes datos, así como outros dereitos, como se explica na información adicional. Pode exercitar estes dereitos ante a Consellería de Sanidade.
Contacto delegado de protección de datos	Delegado.proteccion.datos@sergas.gal
Información adicional	Pode consultar a información adicional e detallada sobre Protección de Datos na nosa páxina web: http://www.sergas.gal/protecciondatos
A persoa interesada autoriza o tratamento dos seus datos para as finalidades indicadas o Si / o Non	

SINATURA DE SOLICITANTE(*)	SINATURA DE REPRESENTANTE/AUTORIZADO/A	LIDO E CONFORME (PROFESIONAL SERVIZO GALEGO DE SAÚDE)
Data:		

(*) NON é necesario no caso de menores de idade e persoas incapacitadas
CENTRO SANITARIO NO QUE SE PRESENTA

CONDICIÓN DE PARTICIPACIÓN:

- Vostede participa de forma voluntaria no programa de aviso de persoa con discapacidade sensorial auditiva.
- Este servizo só estará dispoñible para as persoas usuarias con tarxeta sanitaria galega en vigor.
- A persoa solicitante autoriza á Consellería de Sanidade e ao Servizo Galego de Saúde, o rexistro e utilización deste aviso para que apareza nas pantallas de citación do sistema e se teña en conta á hora de programar a atención á persoa usuaria así como os posibles avisos que sexan necesarios efectuar derivados da mesma.
- Ao alcanzar a idade de 18 anos, as persoas non incapaces serán dadas de baixa do servizo. Poderán tramitar a súa alta de novo no programa cubrindo unha nova solicitude, xa sen representante, no caso de querer continuar no mesmo.
- Esta solicitude poderá ser modificada ou revogada en calquera momento, sendo responsabilidade da persoa solicitante a actualización dos datos que contén.