

Document de consentiment informat de la perforació del lòbul de l'orella

DADES IDENTIFICADORES

DE L'OFICINA DE FARMÀCIA

Titular propietari		
NIF	Número d'oficina de farmàcia	
Domicili		
Localitat	Província	
Codi Postal	Telèfon	

DEL PERSONAL APLICADOR

Nom	Cognoms
-----	---------

DE L'USUARI

Nom	Cognoms	
DNI o passaport	Nacionalitat	Data de naixement
Domicili		
Localitat	Província	
Codi Postal	Telèfon	

SI ÉS EL CAS, DEL REPRESENTANT LEGAL DE L'USUARI

No necessari omplir en cas d'usuaris majors d'edat ni d'adolescents de més de setze anys

Tipus de representant (pare, mare o tutor)		
Nom	Cognoms	
DNI o passaport	Nacionalitat	Data de naixement
Domicili		
Localitat	Província	
Codi Postal	Telèfon	

Document de consentiment informat de la perforació del lòbul de l'orella

DADES IDENTIFICADORES

DE L'OFICINA DE FARMÀCIA

Titular propietari

NIF

Número d'oficina de farmàcia

Domicili

Localitat

Província

Codi Postal

Telèfon

DEL PERSONAL APLICADOR

Nom

Cognoms

DE L'USUARI

Nom

Cognoms

DNI o passaport

Nacionalitat

Data de naixement

Domicili

Localitat

Província

Codi Postal

Telèfon

SI ÉS EL CAS, DEL REPRESENTANT LEGAL DE L'USUARI

No necessari omplir en cas d'usuaris majors d'edat ni d'adolescents de més de setze anys

Tipus de representant (pare, mare o tutor)

Nom

Cognoms

DNI o passaport

Nacionalitat

Data de naixement

Domicili

Localitat

Província

Codi Postal

Telèfon

Document de consentiment informat de la perforació del lòbul de l'orella

L'usuari o, si és el cas, el seu representant legal, **reconeix estar informat de forma clara i entenedora**, tant verbalment com per escrit d'aquest document, estar-hi plenament conforme i **dóna de forma personal, voluntària, lliure, conscient i per escrit el consentiment per sotmetre's a la pràctica de la perforació del lòbul de l'orella que s'hi descriu, en les condicions també assenyalades**, consentiment que fa efectiu mitjançant la signatura.

Aquest document conté els següents annexos:

Annex I si escau, fotocòpia del DNI del representant legal de l'usuari.

Annex II si escau, fotocòpia del testimoni de la sentència judicial de declaració d'incapacitació.

Es recomana la visita als serveis mèdics en cas que l'usuari pateixi malalties o si es produeixen complicacions posteriors a la pràctica de la perforació.

....., de/d' del

Signatura de l'usuari

Signatura del personal aplicador

Quan escaigui, signatura del representant legal per acreditar prou maduresa del menor per prestar el consentiment.

El sotasignat declara estar informat que les seves dades han passat a formar part d'una base de dades de la qual és responsable (titular oficina farmàcia) (adreça postal) (adreça electrònica) (cif)....., amb la finalitat de fer-li la perforació del lòbul de l'orella. El termini de conservació de les dades serà d'un a màxim de tres anys. El tractament de les dades és necessari per prestar el servei i no s'apliquen decisions automatitzades. D'aquestes dades el responsable no en farà transferències internacionals i l'usuari podrà exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació i oposició al tractament a l'adreça postal o electrònica indicades. També podrà presentar reclamacions davant de l'autoritat de control per denunciar un ús inadequat de les dades per part del responsable.

Document de consentiment informat de la perforació del lòbul de l'orella

L'usuari o, si és el cas, el seu representant legal, **reconeix estar informat de forma clara i entenedora**, tant verbalment com per escrit d'aquest document, estar-hi plenament conforme i **dóna de forma personal, voluntària, lliure, conscient i per escrit el consentiment per sotmetre's a la pràctica de la perforació del lòbul de l'orella que s'hi descriu, en les condicions també assenyalades**, consentiment que fa efectiu mitjançant la signatura.

Aquest document conté els següents annexos:

Annex I si escau, fotocòpia del DNI del representant legal de l'usuari.

Annex II si escau, fotocòpia del testimoni de la sentència judicial de declaració d'incapacitació.

Es recomana la visita als serveis mèdics en cas que l'usuari pateixi malalties o si es produeixen complicacions posteriors a la pràctica de la perforació.

....., de/d' del

Signatura de l'usuari

Signatura del personal aplicador

Quan escaigui, signatura del representant legal per acreditar prou maduresa del menor per prestar el consentiment.

El sotasignat declara estar informat que les seves dades han passat a formar part d'una base de dades de la qual és responsable (titular oficina farmàcia) (adreça postal) (adreça electrònica) (cif)....., amb la finalitat de fer-li la perforació del lòbul de l'orella. El termini de conservació de les dades serà d'un a màxim de tres anys. El tractament de les dades és necessari per prestar el servei i no s'apliquen decisions automatitzades. D'aquestes dades el responsable no en farà transferències internacionals i l'usuari podrà exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació i oposició al tractament a l'adreça postal o electrònica indicades. També podrà presentar reclamacions davant de l'autoritat de control per denunciar un ús inadequat de les dades per part del responsable.