

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO
AUTORIZACIÓN POR REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA

D./Dña.: _____

Con DNI: _____ Tfno.: _____

Autorizo a D./Dña.: _____

DNI: _____ Tfno.: _____

Para solicitar y/o recoger en mi nombre el siguiente trámite:

- ☐ Solicitar informe médico
- ☐ Derecho de acceso a Historia clínica
- ☐ Derecho de rectificación, supresión, oposición de datos
- ☐ Queja
- ☐ Otros (añada descripción).....

..... ade.....de

Firma del autorizante

Firma del autorizado/a

Firmado por:

Firmado por:

Nota: Es necesario presentar el DNI/NIE/Pasaporte tanto de la persona que da la autorización como de la persona autorizada al momento de realizar el trámite

Información básica sobre protección de datos en cumplimiento del deber de información dispuesto en el RGPD 2016/679

Responsable: Servicio Aragonés de Salud.

Finalidad: Autorización por representación voluntaria

Legitimación: Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, LOPDGDD, RGPD. Destinatarios: No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos: Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación al tratamiento y portabilidad. Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en: <https://www.aragon.es/-/proteccion-de-datos-1>