

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

DIRECCIÓN:

CP:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE:

DNI REPRESENTANTE:

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal según la normativa europea (UE) 2016/ 679 del 27 de abril de 2016 (que entró en vigor el 25 de mayo de 2018) se le comunica que sus datos están incorporados a un fichero titularidad de la Asociación de Hemofilia de la Comunidad Valenciana (en adelante ASHECOVA) con C.I.F. G46639522 y cuya finalidad es el tratamiento de los mismos con el fin de llevar a cabo la realización de las actividades propias de la entidad, así como el mantenerles informados de los servicios que se desarrollan y de otros que en un futuro podamos desarrollar. Por tanto, Vd. recibirá puntual información de cualquier variación que se produzca en el conjunto de actividades de nuestra entidad.

Se le informa también que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, enviando una solicitud por escrito acompañada de la fotocopia de su DNI a la siguiente dirección: la C/ Presen Sáez de Descatllar 2 Bajo, 46018 Valencia.

Con la firma también autoriza a ASHECOVA, a poder captar imágenes, en las que usted o su representado participen, tanto en formato video como fotografía. Para incluirlas en el material divulgativo, redes sociales, y en las justificaciones de la entidad. Marque esta casilla si no desea que sus imágenes sean utilizadas, para los fines anteriormente desarrollados.

Con la firma también autoriza a ASHECOVA, a poder ceder sus datos personales a los Hospitales en los que reciba tratamiento, a la Federación Española de Hemofilia, y a otras entidades que financien actividades en las que usted participe.

En _____, a _____, de _____ de _____.

Fdo:

