

DATOS MÉDICOS

Alergias:
Medicamentos:
Alimentos:
¿Padece alguna afección frecuente?:
¿Tiene algún miedo hacia algo en especial?:

Autorizo a Hugo Durán Álvarez a efectuar en esta cuenta los cargos correspondientes a los servicios anteriormente detallados.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma del tutor

Hugo Durán Álvarez, 34994668F, é o Responsable do tratamento dos seus datos persoais e infórmalle de que estes datos serán tratados de conformidade co disposto no Regulamento (UE) 2016/679, do 27 de abril (GDPR), e a Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro (LOPDGDD), coa finalidade de desempeñar a prestación dos servizos encomendados polo interesado e conservaraos durante non máis tempo do necesario para manter os fins do tratamento ou mentres existan prescricións legais que ditaminen a súa custodia. Non se comunicarán os datos a terceiros sen o seu consentimento, salvo obrigación legal. Así mesmo, infórmase de que pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, portabilidade e supresión dos seus datos e os de limitación e oposición ao seu tratamento dirixíndose a C/ San Mauro 13 4º A - 36004 Pontevedra (Pontevedra). E-mail: hugoduran8320@gmail.com e o de reclamación a www.aepd.es.