



AUTORIZA A RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN SANITARIA (Contenga datos confidenciales)



Yo _____
con DNI/NIE/ PASAPORTE núm.: _____
autorizo al/la Sr./Sra. _____
con DNI/NIE/PASAPORTE núm.: _____
a recoger la siguiente documentación:

- ☐ Comunicado de incapacidad temporal (BAJAS MÉDICAS)
- ☐ Plan de prescripción (RECETAS)
- ☐ Informes
- ☐ Otros _____

FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

FIRMA DEL AUTORIZADO

*Validez (señale periodo autorizado):

* Imprescindible mostrar el original o copia del DNI/NIE/Pasaporte de la persona que autoriza y del autorizado/a.

La Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals , preveu en el seu article 5.1 l'obligació dels responsables i encarregats de tractament de dades, així com totes les persones que intervinguin a qualsevol fase d'aquest estaran subjectes al deure de confidencialitat al que es refereix l'artícle 5.1 f del Reglament (UE) 2016/679



AUTORIZA A RECOLLIDA DE DOCUMENTACIÓ SANITÀRIA (Conté dades confidencials)



Jo _____
amb DNI/NIE/ PASSAPORT núm.: _____
autorizo el/la Sr./Sra. _____
amb DNI/NIE/ PASSAPORT núm.: _____
a recollir la següent documentació:

- ☐ Comunicat d'incapacitat temporal (BAIXES MÈDIQUES)
- ☐ Pla de prescripció (RECEPTES)
- ☐ Informes
- ☐ Altres _____

SIGNATURA DE LA PERSONA QUE AUTORITZA

SIGNATURA DE L'AUTORITZAT

*Validesa (assenyali període autoritzat):

* Imprescindible mostrar l'original o còpia del DNI/NIE/Passaport de la persona que autoritza i de l'autoritzat/a.

La Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals , preveu en el seu article 5.1 l'obligació dels responsables i encarregats de tractament de dades, així com totes les persones que intervinguin a qualsevol fase d'aquest estaran subjectes al deure de confidencialitat al qual es refereix l'artícle 5.1 f del Reglament (UE) 2016/679