

## Consentimiento de uso de datos personales clínica dental

Datos personales del interesado:

Nombre y Apellidos:

DNI o NIE:

Nacionalidad:

Domicilio:

### 1. Autorizo a:

(Nombre de la clínica), con NIF \_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_ quien actúa como responsable del tratamiento de datos personales, para que en los términos legalmente establecidos, realice la recogida, almacenamiento, uso, circulación, supresión y, en general, el tratamiento de mis datos personales que he procedido a entregar, tal y como dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD) y el Reglamento (UE) 2016/679, general de protección de datos (RGPD). En este sentido, afirmo que he sido informado que el uso de mis datos personales tiene la siguiente finalidad:

(Finalidad del tratamiento)

2. Se informa de que los datos personales pueden ser cedidos y tratados por terceros. Con la firma de la presente autorización, consiento expresamente la cesión de datos personales a terceros.

(Especificar terceros)

3. El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición dirigiendo su solicitud al siguiente correo electrónico \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.