

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS DE NATURALEZA RESIDENCIAL.**

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con NIF \_\_\_\_\_,

en calidad de **persona residente** del centro " \_\_\_\_\_ ", cuya titularidad ostenta la entidad " \_\_\_\_\_ ".

en **calidad de tutor** de la persona usuaria D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con NIF, \_\_\_\_\_, que reside en el centro " \_\_\_\_\_ ", cuya titularidad/gestión ostenta la entidad " \_\_\_\_\_ ".

**AUTORIZO** a la entidad de acción social para la gestión del derecho a la prestación farmacéutica y tratamiento de datos personales de la persona beneficiaria, de acuerdo a sus necesidades y al modelo de gestión dispuesto en la normativa aplicable en materia de prestación farmacéutica.

**AUTORIZO** al personal designado de la residencia a consultar los datos clínicos de la persona residente a través del perfil habilitado en el sistema de información "SIRCOVID" que resulten imprescindibles para garantizar un seguimiento y atención acorde a sus necesidades específicas, durante el tiempo de su estancia en la residencia.

**MANIFIESTO** que he sido informada/o de la finalidad del presente consentimiento pudiendo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 94/46/CE/ (Reglamento general de protección de datos) y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales:

**MANIFIESTO** que he contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron resueltas a mi entera satisfacción.

Y en prueba de aceptación y consentimiento, firmo el presente documento,

En \_\_\_\_\_, a \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Firma de la persona residente o tutor.

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Son corresponsables del tratamiento de sus datos personales el departamento de Sanidad y el departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales del Gobierno de Aragón.

La finalidad de este tratamiento es facilitar información clínica relevante al personal sanitario de las residencias para permitir un tratamiento sanitario adecuado al residente.

La legitimación para realizar el tratamiento de datos nos la da el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

No vamos a comunicar sus datos personales a terceros destinatarios salvo obligación legal.

Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos o de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles.

Podrás consultar la información adicional y detallada sobre esta actividad de tratamiento en [https://aplicaciones.aragon.es/notif\\_lopd\\_pub/details.action?fileId=337](https://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/details.action?fileId=337)