

**AUTORIZACION para la SOLICITUD
Y/O ENTREGA de
DOCUMENTACION CLÍNICA**Datos del
PACIENTE

Apellidos y nombre: DNI (pasaporte):

Domicilio: Población: Código Postal:

SIP: Correo electrónico: Teléfono:

Datos del
AUTORIZADO

Apellidos y nombre: DNI (pasaporte):

AUTORIZO A LA QUE PERSONA CUYOS DATOS FIGURAN A CONTINUACION PARA SOLICITAR Y/O RECOGER DOCUMENTACION CLINICA

este impreso se acompañará de fotocopia DNI/Pasaporte/NIE de la persona autorizada y del paciente que autoriza

Fecha de solicitud: ____/____/202_

Declaro que la información que he suministrado es verídica y exacta

Firma del paciente

Los datos personales recogidos en este documento serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, en materia de protección de datos, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Puede consultar información adicional y detallada de la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.agpd.es>