

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

### AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACION VÍA SMS Y/O CORREO ELECTRÓNICO A PERSONAS TRABAJADORAS EN PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL. (Código procedimiento: 12518 - 1031)

|  |        |                 |            |                     |           |  |            |
|--|--------|-----------------|------------|---------------------|-----------|--|------------|
| <b>1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b> |        |                 |            |                     |           |  |            |
| APELLIDOS Y NOMBRE:                      |        |                 |            |                     |           | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE:   |
| DOMICILIO:                               |        |                 |            |                     |           |  |            |
| TIPO VÍA:                                |        | NOMBRE VÍA:     |            |                     |           |  |            |
| NÚMERO:                                  | LETRA: | KM. EN LA VÍA:  | BLOQUE:    | PORTAL:             | ESCALERA: | PLANTA:  | PUERTA:    |
| NÚCLEO DE POBLACIÓN:                     |        |                 | PROVINCIA: |                     | PAIS:     |  | C. POSTAL: |
| TELÉFONO FIJO:                           |        | TELÉFONO MOVIL: |            | CORREO ELECTRÓNICO: |           |  |            |

|   |  |
|---|--|
| <b>2 AUTORIZACIÓN</b>   |  |
| <p>Autorizo a las Unidades Médicas de Valoración de Incapacidades adscritas a las Delegaciones Territoriales de Salud y Familias para que las comunicaciones me sean remitidas al correo electrónico y/o mediante sms al móvil.</p> <p>Indicar correo electrónico y/o número teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones de las Unidades Médicas de Incapacidades.</p> <p>- Correo electrónico: .....</p> <p>- Número de teléfono móvil: .....</p> |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>3 LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>  |  |
| <p>En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE</p> <p>Fdo.: .....</p> |  |

**ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS EN** .....

**Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:**

|   |
|---|
| <p><b>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General Técnica del Consejería de Salud y Familias cuya dirección es la Avda. de la Innovación, s/n - 41020 - Sevilla</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica <a href="mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es">dpd.csalud@juntadeandalucia.es</a></p> <p>c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la citación vía sms/correo electrónico de personas en situaciones de Incapacidad Temporal, cuya base jurídica es la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.</p> <p>d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a></p> |
|---|