



Autorització per a la presa d'imatges

El dret a la pròpia imatge és un dret reconegut a l'art.18.1 de la Constitució i regulat a la Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar, i a la pròpia imatge, així com en l'aplicació del Reglament General de Protecció de Dades i la LOPDGDD.

Per la present, us demanem el consentiment per a fer difusió de les imatges en les que resulteu clarament identificables. La finalitat d'aquestes imatges són per fer difusió d'imatges i vídeos en jornades i sessions divulgatives tant internes com fora de l'entitat, divulgació en xarxes socials (Facebook, Instagram, Twitter), publicacions, premsa, pàgina web, Intranet. En cap cas s'empraran per finalitats diferents de la indicada.

En/na. _____, major d'edat i amb DNI _____, mitjançant la signatura del present document consenteix expressament i autoritza a que la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, amb NIF G59780494 prengui imatges de la seva persona i faci ús d'aquestes segons les finalitats indicades en el paràgraf anterior.

Així mateix la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, com a responsable del tractament, d'acord amb l'aplicació del Reglament General de Protecció de Dades, en direcció al c/Sant Antoni Maria Claret 167, 08025 de Barcelona i CIF G59780494, sent la direcció del seu delegat de Protecció de Dades dpd@santpau.cat que les seves dades seran tractades únicament amb la finalitat descrita anteriorment, sent necessari el seu consentiment pel tractament de les seves dades personals, d'acord amb l'article 9.1.a) del RGPD.

Les seves dades únicament seran tractades per departaments d'acord amb les seves funcions i competències, en relació a la finalitat mencionada anteriorment, no sent cedides a altres entitats.

Així mateix, les dades facilitades no seran comunicades en cap cas a un tercer país o organització internacional.

Les seves dades seran conservades durant el període de temps que sigui necessari d'acord amb la finalitat perseguida, sol·liciti la seva supressió, així com durant el temps necessari per complir obligacions legals.

Vostè pot accedir a les seves dades, sol·licitar la rectificació o supressió, oposar-se al tractament i sol·licitar la limitació i portabilitat, enviant la seva sol·licitud per escrit al Departament de Comunicació de l'Hospital, amb direcció al c/Sant Antoni Maria Claret 167, 08025 de Barcelona. adjuntant una fotocòpia del vostre DNI o document acreditatiu de la vostra identitat.

En cas que, en algun moment, consideri que s'han vulnerat els seus drets pot presentar una reclamació dirigida a la APDCAT, mitjançant la seu electrònica de l'Autoritat (<https://seu.apd.cat>) o per mitjans no electrònics.

AUTORITZO I CONSENTEIXO A:

☐ **SÍ** / ☐ **NO** Que la meva imatge siguin tractada per la FGSHSCSP per a la finalitat de difusió d'imatges i vídeos en jornades i sessions divulgatives tant internes com fora de l'entitat.

☐ **SÍ** / ☐ **NO** Que la meva imatge siguin tractada a la següent xarxa social (Facebook, Instagram, Twitter) administrada per la FGSHSCSP.

Barcelona a _____

(signatura)