



Autorización para la toma de imágenes

El derecho a la propia imagen es un derecho reconocido en el art.18.1 de la Constitución y regulado en la Ley 5/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen, así como en la Aplicación del Reglamento General de Protección de Datos y la LOPDGDD.

Por la presente, le pedimos el consentimiento para hacer difusión de las imágenes en las que resulta claramente identificable. La finalidad de estas imágenes es hacer difusión de imágenes y videos en jornadas y sesiones divulgativas tanto internas como fuera de la entidad, divulgación en redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter), publicaciones, prensa, página web, Intranet. En ningún caso se emplearán para finalidades distintas a las indicadas.

El/La Sr./Sra. _____, mayor de edad y con DNI _____, mediante la firma del presente documento consiste expresamente y autoriza que la Fundación de Gestión Sanitaria del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo con NIF G59780494 tome imágenes de su persona y haga uso de estas según las finalidades indicadas en el párrafo anterior.

Asimismo, la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau como responsable del tratamiento, de acuerdo con la aplicación del Reglamento General de Protección de Datos, en dirección C/ San Antonio Maria Claret 167, 08025 de Barcelona y CIF G59780494, siendo la dirección de su delegado de Protección de datos dpd@santpau.cat que sus datos serán tratados únicamente con la finalidad descrita anteriormente, siendo necesario su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales, de acuerdo con el artículo 9.1.a) del RGPD.

Sus datos únicamente serán tratados por departamentos de acuerdo con sus funciones y competencias, en relación a la finalidad mencionada anteriormente, no siendo cedidas a otras entidades.

Asimismo, los datos facilitados no serán comunicados en ningún caso a un tercer país u organización internacional.

Sus datos serán conservados por el periodo de tiempo que sea necesario de acuerdo con la finalidad perseguida, solicite su supresión, así como durante el tiempo necesario para cumplir obligaciones legales.

Usted puede acceder a sus datos, solicitar la rectificación o supresión, oponerse al tratamiento y solicitar la limitación y portabilidad, enviando su solicitud por escrito al Departamento de Comunicación del Hospital, con dirección en C/ San Antonio María Claret 167, 08025 de Barcelona, adjuntando una fotocopia de su DNI o documento acreditativo de su identidad.,

En caso de que, en algún momento, considere que se han vulnerado sus derechos puede presentar una reclamación dirigida a la APDCAT, mediante la sede electrónica de la Autoridad (<http://seu.apd.cat>) o por medios no electrónicos.

AUTORIZO y CONSIENTO A:

☐ **SÍ** / ☐ **NO** Que mi imagen sea tratada por la FGSHSCSP para la finalidad de difusión de imágenes y vídeos en jornadas y sesiones divulgativas tanto internas como fuera de la entidad.

☐ **SÍ** / ☐ **NO** Que mi imagen sea tratada en la siguiente red social (Facebook, Instagram, Twitter) administrada per la FGSHSCSP.

Barcelona a _____

(firma)