FORMULARI D’ALTA DE PACIENTS I AUTORITZACIONS **(model B)**

A fi i efecte de prestar els serveis del Centre Universitari de la visió necessitem tractar les vostre dades identificatives i les del vostre fill o filla.

Dades personals: Nom i cognoms, edat, adreça, telèfons.

Dades Sanitàries recopilades: historial visual, historial ocular, resultats d’exàmens optomètrics, resultats d’exàmens de salut ocular, altres proves que aporti el pacient d’interès sanitari.

Les dades seran tractades pel Centre Universitari de a Visió – Universitat Politècnica de Catalunya (Responsable del tractament), amb finalitats de prestació de serveis sanitaris en salut visual, gestió i seguiment de pacients. Es tracten en base al consentiment de la persona interessada o del seu representant legal, i per a la prestació del servei. Es podran comunicar als treballadors socials i professorat del centre educatiu on cursa la persona atesa al Centre si ho autoritza la persona interessada.

Atès el caràcter docent i investigador del Centre, les dades clíniques podran ser utilitzades per dur a terme estudis clínics sobre salut visual. Aquestes dades seran tractades pels investigadors de manera anònima, sense possibilitat de vincular-les a la persona a qui corresponen.

Pot exercir els drets d’accés, rectificació, supressió, limitació del tractament i oposició adreçant-se per escrit al Centre Universitari de la Visió (òptica i optometria – Terrassa), Passeig 22 de juliol 660 (08222) Terrassa, indicant en el sobre “Protecció de dades”. També pot posar-se en contacte amb nosaltres remetent-nos un email a cuv.info@upc.edu, incloent “protecció de dades” a l’assumpte. I, per últim, també pot adreçar consultes, suggeriments i aclariments al Delegat de protecció de dades de la Universitat Politècnica de Catalunya, enviant un missatge de correu electrònic a [dpd@upc.edu](mailto:dpd@upc.edu).

**DECLARO** que he estat informat del tractament de les dades per part del Centre Universitari de la Visió i **dono el meu consentiment** per a que el/la professor/a que determini l’escola que organitza la visita al Centre Universitari de la Visió, tingui accés a les dades de les capacitats visuals recollides. L’accés a les dades per part del professorat serà únicament a nivell de consulta i estarà restringit exclusivament a les dades que siguin rellevants i que tinguin relació amb el procés d’aprenentatge del pacient.

També **dono el meu consentiment**, per a que el treballador social, determinat per l’escola a la qual pertanyo, tingui accés a les a la informació detallada dels diagnòstics i tractaments que es proposin per tenir cura de la meva salut visual, amb la finalitat de fer el seguiment òptim de les meves necessitats.

Nom i cognoms pare, mare o tutor legal: ...................... ........................................................

DNI:.................... Adreça ..............................................................................

C.P. ................. Població: ........................................................................

Tel: ....................................................

Nom i cognoms alumne: ............................................................................

Data naixement: ..../..../........ DNI: .......................................

Lloc, data i signatura