



## 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 vostres dades identificatives i les del vostre fill o filla.

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

Dades sanitàries: historial visual, historial ocular, resultats d'exàmens optomètrics, resultats d'exàmens de salut ocular, altres proves que aportin el pacient d'interès sanitari.

Les dades seran tractades pel Centre Universitari de la 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](mailto: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).

---

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

DNI:..... Adreça .....

C.P. .... Població: .....

Tel: .....

Nom i cognoms alumne: .....

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

**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 meua salut visual, amb la finalitat de fer el seguiment òptim de les meves necessitats.

Lloc, data i signatura