

CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS

Mediante la firma del presente documento, y de conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPD), usted otorga consentimiento expreso a GUSTAVO ADOLFO MOLINA GARCÍA para que proceda a ceder sus datos personales, necesarios para

.....
.....

a la empresa.....

Los datos cedidos serán única y exclusivamente los relacionados con el fin mencionado en el párrafo anterior.

He sido informado de que este consentimiento para la comunicación de mis datos tiene carácter revocable, en cualquier momento se podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y la limitación u oposición a su tratamiento, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (www.agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Deberá realizarse mediante solicitud por escrito acompañada de fotocopia del DNI a: GUSTAVO ADOLFO MOLINA GARCÍA, C/Eric Lionel Fox, 3 Bajo Izda. – Edif. San Lorenzo - 38005 - Santa Cruz de Tenerife o un correo electrónico a info@clinicacampus.com indicando en el asunto "Protección de datos".

En Santa Cruz de Tenerife, a de de

Queda informado y acepta,

D./Dña. DNI:

Representante Legal de:

.....

Firma: