VERIFICACIÓN DE DATOS

APELLIDOS:			NOMBRE:	D.N.I./N.I.E.:	MÓVIL:
SEXO:	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	EMAIL:		
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		PROVINCIA:	C.P:

Recibirá un correo electrónico o sms con las instrucciones para acceder al informe de su reconocimiento médico. También puede venir a recogerlo personalmente a nuestras instalaciones.

☐ Autorizo a CUALTIS a remitirme información de interés de acuerdo con mi estado de salud y riesgos laborales

Información detallada en materia de protección de datos y el carácter confidencial de los datos médicos.

En cumplimiento de la vigente normativa protectora de datos personales, en particular, Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, e 27 de abril de 2016 (en adelante, el "RGPD"), **se informa de lo que sigue**:

1. Que el responsable del tratamiento es CUALTIS, S.L.U., con CIF B-84527977, y con domicilio social en C/Argos, 4-6, 28037, Madrid.
2. El resultado de las pruebas tendrá carácter confidencial. CUALTIS implementa en sus sistemas de información y procesos todas las medidas de índole técnica y organizativa para garantizar la seguridad de los datos personales.
3. Que la finalidad del tratamiento es la realización del informe del reconocimiento médico para llevar a cabo los servicios de vigilancia de la salud que su Empresa tiene contratados, cuyas conclusiones, en relación con su aptitud para el desempeño de su puesto de trabajo, serán puestas en conocimiento de la misma. En algunas ocasiones, para la realización de este informe y para llegar al correcto diagnóstico y calificación del grado de aptitud puede ser precisa la realización de determinadas pruebas diagnósticas complementarias y/o interconsultas médicas, consintiendo de forma explícita por este medio la realización de estas pruebas y el tratamiento de sus datos, así como la comunicación a su empresa de dichas pruebas (nunca el resultado), sólo en el caso de que tuviera un coste económico añadido. Que, en relación con este informe y de acuerdo al RD 843/2011 por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención, se puede producir la necesidad de comunicar sus datos por parte del Servicio de Prevención principal a un Servicio de Prevención colaborador, y viceversa. Con la firma de este documento, usted autoriza a que se produzca este intercambio en los términos previstos en la legislación mencionada, y también al Sistema Nacional de Salud, si fuera requerido por este, por tratarse de una obligación establecida en el art. 23 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
4. Que la base de legitimación del tratamiento es el consentimiento explícito del interesado, sin perjuicio de la posible concurrencia como base legítima de tratamiento la legislación sobre prevención de riesgos laborales en atención a lo dispuesto en el artículo 9.2 h) del RGPD.
5. Que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y oposición a través de la página https://privacidad.cualtis.com (Acceder a mis Derechos).
6. Dispone de toda la información y detalles del tratamiento de datos https://privacidad.cualtis.com (Declaración Vigilancia de la Salud).

FECHA: **Firma:**