Volante de solicitud de:

**Elementos minerales**

 **En cabello**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** |  | **SOLICITUD DE PRUEBAS** |
| Dr/Dra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pertenezco a la asociación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_Remitir informe a: **□** Correo-e: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**□** Dirección postal: \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_  |  **□ TEST DE ELEMENTOS MINERALES EN CABELLO****DATOS DE LA MUESTRA**Muestra obtenida el: / / **□** Cabeza (preferente) **□** PubisColor natural del pelo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Champú empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_En los últimos 60 días ha usado: **□** Permanente **□** Colorante |
|   |  |  |
|  |  |
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO: REGLAMENTO EUROPEO 679/2016 DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES y LEY ORGÁNICA 3/2018 DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES** Le informamos que los datos personales que Usted nos proporciona son incorporados a un tratamiento de datos personales cuyo responsable es CENTRO DIAGNOSTICO CALDERON, SLP con NIF B12829099 y con domicilio en C/ COLON, 37, 12001 de CASTELLÓN (ESPAÑA). Puede contactar con el Responsable, bien por teléfono en el número 964220216 o bien mediante correo electrónico en el buzón j.calderon@laboratoriocalderon.com .Tiene nombrado **Delegado de Protección de Datos** aGuillermo Hernández Fernández, siendo el teléfono de contacto 694418197 y el correo electrónico: hornsconsultoria@hornsconsultoria.com . La **Finalidad del tratamiento** es la gestión de las analíticas realizadas. El **Plazo de Conservación** será indefinido sin perjuicio del ejercicio de derechos. No se toman decisiones automatizadas ni se elaboran perfiles. La **Base Jurídica del Tratamiento** es la ejecución de una petición de servicio, así como el consentimiento del interesado. **Destinatarios de Cesiones,** en función de las necesidades del servicio podrán ser cedidos:* Centros médicos que el cliente indique a la contratación del servicio.
* Centros laboratorios colaboradores, como servicio subcontratado, si el servicio lo requiere. Mediante la firma del presente consentimiento, autoriza la cesión, sin la citada autorización, no se podría prestar el servicio.

No se prevén realizar cesiones adicionales, salvo aquellas que están autorizadas por ley.**Derechos de los interesados:** De acuerdo con la legislación vigente tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, a solicitar su rectificación o supresión, a solicitar la limitación de su tratamiento, a oponerse al tratamiento y a la portabilidad de los datos. Para ejercer sus derechos, debe dirigirse al responsable, solicitando el correspondiente formulario para el ejercicio del derecho elegido. Opcionalmente, puede redirigir al interesado a la Autoridad de Control competente para obtener información adicional acerca de sus derechos.**Consentimiento**En Castellón a ……...................................... Dn./a, ................................................................................................ con DNI / NIE ................................ doy mi consentimiento expreso de acuerdo con lo expuesto en el presente documento.**Consentimiento menores 14 años (solo para tratamiento de datos)**En Castellón a...................................... el Sr./a ............................................................................ con DNI / NIE ……………………… en calidad de tutor legal y/o titular de la patria potestad del menor ………………………………………………………………………, con DNI - NIE …………………………… da su consentimiento expreso de acuerdo con lo expuesto en el presente documento.**FIRMA:** **FECHA: \_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |
|  |  |  |  |