

AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE LOS DERECHOS DE IMAGEN

El Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS) tiene previsto celebrar/realizar el día *[indicar fecha]*, en *[indicar lugar, aunque se priorizará el formato telemático]*, el evento *[contar brevemente el evento]*, en el que se captaran imágenes de los asistentes.

SESCS tratará las imágenes en calidad de Responsable del tratamiento para fines exclusivamente internos (por ejemplo, volver a escuchar la reunión o para realizar una transcripción). En ningún caso se dará publicidad a las imágenes ni serán publicadas en redes sociales.

Por medio de la presente comunicación nos dirigimos a usted para solicitarle su autorización para poder hacer uso, dentro de los límites anteriormente expuestos, de las imágenes captadas durante el evento referenciado incluyendo las de los menores que, en su caso, pudieran acompañarle.

La base jurídica para realizar el tratamiento es el consentimiento válidamente prestado por usted. Los datos se conservaran hasta el momento en que usted retire su consentimiento y, una vez revocado, durante los plazos de conservación y prescripción de responsabilidades legalmente previstos. Las imágenes pueden comunicarse a las siguientes categorías de encargados del tratamiento: proveedores de comunicaciones, hosting, software de gestión, soporte informático y asesoramiento legal, contable, financiero y de auditoría.

Tal como se expuso previamente, usted podrá revocar su consentimiento en cualquier momento; así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición o portabilidad, mediante el envío de un correo electrónico dirigido a la siguiente dirección [\[participacion.redets@seacs.es\]](mailto:participacion.redets@seacs.es), o bien enviando un escrito dirigido a la siguiente dirección postal: Camino Candelaria 44, 38109, El Rosario, Santa Cruz de Tenerife. En cualquier caso, tendrá derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad Regional o Nacional de Protección de Datos si lo estima oportuno. También puede contactar con la delegación de Protección de Datos del Servicio Canario de la Salud, mediante el envío de un correo electrónico dirigido a la siguiente dirección: dpd.seacs@gobiernodecanarias.org

AUTORIZACIÓN

El Sr./Sra. _____, mayor de edad, con número de Documento Nacional de Identidad _____, consiente expresa y libremente, a que las fotografías o vídeos en las que aparezca su imagen puedan ser tratadas según lo expuesto en este documento.

También consiente, en calidad de padre, madre o tutor, a que las fotografías o vídeos en las que aparezca la imagen del menor _____ puedan ser tratadas según lo expuesto en este documento.

Y, en prueba de conformidad, se firma la presente autorización. en el lugar y fecha indicados.
En **XXXXX**, a (día) de (mes) de (año)

Firmado:
