



AUTORIZACIÓN MAYORES DE EDAD PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS EN SESIONES TELEMÁTICAS

Yo, Don/Doña _____, con
DNI _____ y fecha de nacimiento _____, autorizo
y doy mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales.

He tomado consciente y libremente la decisión de AUTORIZAR la tele-
intervención a través de videollamadas, a partir del día 3 de Noviembre del
2020.

Y para que así conste firmo la presente en

_____ a _____ de _____ de 202____.

Firma

Solicitamos la firma de esta autorización en cumplimiento del artículo 25 y 42 del código deontológico del psicólogo en la intervención con menores, con la finalidad de que usted esté informado y nos autorice a comenzar con el servicio solicitado.

PROTECCIÓN DE DATOS - **Responsable:** Asociación Asperger y TGD's de Aragón. **Finalidad:** Envío de información, respuesta a consultas y contactos genéricos, mientras dure nuestra relación y tengamos su consentimiento. **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros salvo obligación legal. **Derechos:** Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, limitar el tratamiento de sus datos, o directamente oponerse al tratamiento, o ejercer el derecho a la portabilidad de los mismos. Todo ello, mediante escrito, acompañado de copia de documento oficial que le identifique, dirigido al RESPONSABLE a la dirección de correo electrónico: info@aspergeraragon.org.es. En caso de disconformidad con el tratamiento, también tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.