



Autorització per a la cessió d'imatges, àudios, vídeos i dades clíniques relacionades amb el Programa Pacient Actiu

Nom		Primer llinatge	
Segon llinatge		Núm. doc. identitat	
<i>Domicili</i>			
Nom de la via (carrer, plaça, etc.)			
Número, pis, porta i altres dades			
Localitat		Municipi	

- **No** AUTORITZ/ **Sí** AUTORITZ el Servei de Salut de les Illes Balears —de manera lliure, inequívoca, específica i informada— a fotografiar, enregistrar i filmar les intervencions que jo dugui a terme durant les activitats del Programa Pacient Actiu de les Illes Balears perquè pugui fer servir les imatges, els àudios o els vídeos de manera no comercial a qualsevol jornada o curs, i també per internet.
- AUTORITZ el Servei de Salut a incloure les meves dades en el registre de pacients actius de les Illes Balears.
- AUTORITZ que es consultin les meves dades clíniques i farmacològiques per fer el seguiment i l'avaluació del Programa.

Data

_____ de/d' _____ de 20_____

[signatura]