



Autorización para la cesión de imágenes, audios, vídeos y datos clínicos relacionados con el Programa Pacient Actiu

Nombre		Primer apellido	
Segundo apellido		Núm. doc. identidad	
<i>Domicilio</i>			
Nombre de la vía (calle, plaza, etc.)			
Número, piso, puerta y otros datos			
Localidad		Municipio	

- **No** AUTORIZO / **Sí** AUTORIZO al Servicio de Salud de las Islas Baleares —de manera libre, inequívoca, específica e informada— a fotografiar, grabar y filmar las intervenciones que yo lleve a cabo durante las actividades del Programa Pacient Actiu de les Illes Balears para que pueda usar las imágenes, los audios o los vídeos de forma no comercial en cualquier jornada o curso, y también por internet.
- AUTORIZO al Servicio de Salud a incluir mis datos en el registro de pacientes activos de las Islas Baleares.
- AUTORIZO que se consulten mis datos clínicos y farmacológicos para hacer el seguimiento y la evaluación del Programa.

Fecha

_____ de _____ de 20_____

[firma]