**Guia d’Intervenció farmacèutica per a l’abordatge del fumador des de la farmàcia comunitària. Annex 5. Adaptació al RGPD.**

ANNEX 5: Full de consentiment (model 1)

**Programa de cessació tabàquica (PCT)**

NOM I COGNOM:

amb DNI numero

i amb domicili a carrer/placa/av. num. i

telèfon i/o adreça electrònica

Declaro:

Que sóc fumador/a i que conec el programa de cessació tabàquica que es du a terme a

les oficines de farmàcia i que impulsa el Col·legi Oficial de Farmacèutics al territori català.

Que he pogut aclarir els dubtes sorgits de la lectura del full d’informació o de l’explicació

del professional sanitari.

Que autoritzo el tractament de les meves dades a la Farmàcia amb la finalitat de rebre informació sobre el programa de cessació tabàquica segons el criteris següents relatius a la política de tractament de dades.

|  |
| --- |
| **Informació sobre protecció de dades personals:** |
| **Qui és el responsable del tractament de les seves dades personals?** | *NOM COMPLERT DE L’OFICINA DE FARMÀCIA* *Domicili**Dades de contacte**Email**Email del Delegat de Protecciò de dades:*  |
| **Amb quina finalitat es tractaran les seves dades personals?** | Gestionar les seves dades dintre del programa de cessació tabàquica i rebre informació sobre el programa de cessació tabàquica. |
| **Quina és la legitimació pel tractament de les seves dades?** | La base legal per al tractament de les seves dades personals per a la finalitat principal és el seu consentiment, expressat mitjançant la signatura de l’autorització. |
| **Durant quant de temps?** | Les seves dades personals seran tractades per la finalitat principal mentre siguin necessàries per gestionar la difusió.Quan finalitzi el període indicat, les seves dades personals es conservaran bloquejades durant el període en que poguessin derivar-se qualssevol responsabilitats de la finalitat indicada. Quan expirin tals responsabilitats, les seves dades personals seran eliminades de forma definitiva. |
| **Es cedeixen les seves dades personals a tercers?** | Les dades personals no seran cedides a tercers, excepte en compliment d’una obligació legal.   |
| **Drets dels interessats** | 1. Dret d’accés: Consultar quines dades personal tenim sobre vostè.
2. Dret de rectificació: Modificar les dades personals que tenim sobre vostè quan siguin inexactes.
3. Dret d’oposició: Sol·licitar que no tractem les teves dades personal per algunes finalitats concretes.
4. Dret de supressió: Sol·licitar que eliminem les teves dades personals.
5. Dret de limitació: Sol·licitar que limitem el tractament de les teves dades personals.
6. Dret portabilitat: Sol·licitar que li entreguem en un format informàtic la informació que tenim sobre vostè.
7. Dret a presentar una reclamació davant l’autoritat competent: Presentar una reclamació davant l’autoritat competent per defensar els seus drets, a través de la pàgina web [www.agpd.es](http://www.agpd.es)
 |
| Per exercitar aquests drets, basta amb que envií una comunicació a la Farmàcia, mitjançant correu postal a la direcció indicada a d’alt amb la referència "Protecció de dades". La sol·licitud haurà de contenir còpia del seu DNI o altre document identificatiu equivalent, així com el contingut mínim previst en la normativa aplicable. Si la sol·licitud no reuneix els requisits especificats, la Farmàcia podrà requerir-li que la subsani. |

Signatura:

Data:

(Segell de la farmàcia)

**Guia d’Intervenció farmacèutica per a l’abordatge del fumador des de la farmàcia comunitària. Annex 5. Adaptació al RGPD.**

ANNEX 5 bis: Full de consentiment (model 2)

OFICINA DE FARMÀCIA

Titular

Carrer

Població

FITXA D’ALTA

NOM

COGNOMS

DNI núm.

ADREÇA

POBLACIÓ

Núm. telèfon

AUTORITZO , Al titular de l’oficina de Farmàcia a tractar les meves dades per al seguiment del meu procés per deixar l’hàbit tabàquic.

|  |
| --- |
| **Informació sobre protecció de dades personals:** |
| **Qui és el responsable del tractament de les seves dades personals?** | *NOM COMPLERT DE L’OFICINA DE FARMÀCIA* *Domicili**Dades de contacte**Email**Email del Delegat de Protecciò de dades:*  |
| **Amb quina finalitat es tractaran les seves dades personals?** | Gestionar les seves dades dintre del programa de cessació tabàquica i rebre informació sobre el programa de cessació tabàquica. |
| **Quina és la legitimació pel tractament de les seves dades?** | La base legal per al tractament de les seves dades personals per a la finalitat principal és el seu consentiment, expressat mitjançant la signatura de l’autorització. |
| **Durant quant de temps?** | Les seves dades personals seran tractades per la finalitat principal mentre siguin necessàries per gestionar la difusió.Quan finalitzi el període indicat, les seves dades personals es conservaran bloquejades durant el període en que poguessin derivar-se qualssevol responsabilitats de la finalitat indicada. Quan expirin tals responsabilitats, les seves dades personals seran eliminades de forma definitiva. |
| **Es cedeixen les seves dades personals a tercers?** | Les dades personals es podran cedir a Hospital o Centres d’atenció primària per continuar el Programa de cessació tabàquica.  |
| **Drets dels interessats** | 1. Dret d’accés: Consultar quines dades personal tenim sobre vostè.
2. Dret de rectificació: Modificar les dades personals que tenim sobre vostè quan siguin inexactes.
3. Dret d’oposició: Sol·licitar que no tractem les teves dades personal per algunes finalitats concretes.
4. Dret de supressió: Sol·licitar que eliminem les teves dades personals.
5. Dret de limitació: Sol·licitar que limitem el tractament de les teves dades personals.
6. Dret portabilitat: Sol·licitar que li entreguem en un format informàtic la informació que tenim sobre vostè.
7. Dret a presentar una reclamació davant l’autoritat competent: Presentar una reclamació davant l’autoritat competent per defensar els seus drets, a través de la pàgina web [www.agpd.es](http://www.agpd.es)

Per exercitar aquests drets, basta amb que envií una comunicació a la Farmàcia, mitjançant correu postal a la direcció indicada a d’alt amb la referència "Protecció de dades". La sol·licitud haurà de contenir còpia del seu DNI o altre document identificatiu equivalent, així com el contingut mínim previst en la normativa aplicable. Si la sol·licitud no reuneix els requisits especificats, la Farmàcia podrà requerir-li que la subsani.  |

Signatura:

Data:

(Segell de la farmàcia)