

Voluntario N°.....

SERVICIO.....

OCUPACION.....

MATRICULA.....

D./Dña.....

Autorizo al Servicio de Salud Laboral para que me realicen el estudio de las serologías de los virus de VIH y HVC

Barcelona.....de.....de 20__

Firma:

L'HCB l'informa que tractarà les seves dades amb finalitats de dur a terme els processos de salut laboral i prevenció de riscos legalment necessaris, i les cedirà únicament en aquells casos legalment exigibles, de conformitat amb l'exposat al Reglament (UE) 2016/679, i corresponent normativa que el desenvolupa. Pot exercir els seus drets a l'HCB i obtenir-hi una còpia completa de la política de protecció de dades.