

**CONSENTIMENT INFORMAT FAMILIAR
CONSENTIMIENTO INFORMADO FAMILIAR**

A DADES DEL/DE LA MENOR / DATOS DEL/DE LA MENOR

COGNOMS / APELLIDOS: _____ NOM / NOMBRE: _____

**B INFORMACIÓ A LA FAMILIA (PARES O REPRESENTANTS LEGALS)
INFORMACIÓN A LA FAMILIA (PADRES O REPRESENTANTES LEGALES)**

El seu fill/a serà avaluat/a per aquest servei/departament. Perquè la dita avaluació siga el més completa possible, tant a l'inici com al llarg de la intervenció o el seguiment, pot ser necessari intercanviar alguns aspectes de la informació obtinguda amb altres professionals que puguen estar implicats en el benestar del seu fill/a. La fluïdesa d'aquesta comunicació permetrà una atenció integral de les dificultats que puga presentar. Per aquesta raó sol·licitem el seu consentiment per a informar altres professionals de les dades que es referixen al seu fill/a.

Su hijo/a va a ser evaluado/a por este servicio/departamento. Para que dicha evaluación sea lo más completa posible, tanto al inicio como a lo largo de la intervención o el seguimiento, puede ser necesario intercambiar algunos aspectos de la información obtenida con otros profesionales que puedan estar implicados en el bienestar de su hijo/a. La fluidez de esta comunicación permitirá una atención integral de las dificultades que pueda presentar. Por esta razón solicitamos su consentimiento para informar a otros profesionales de los datos que se refieren a su hijo/a.

C AUTORITZACIÓ/AUTORIZACIÓN'

COGNOMS / APELLIDOS _____ NOM / NOMBRE _____ DNI _____

Pare/mare/tutors legals o representants legals autoritze a....., professional del / del
Padre/madre/tutores o representantes legales autorizo a....., profesional del / del

Serveis Socials Mancomunats/ Servicios Sociales Mancomunados.

A intercanviar informació sobre el/de la menor amb/A intercambiar información acerca del/de la menor con

Serveis Especialitzats de salut/ Servicios Especializados de salud Centre educatiu / Centro educativo

_____, _____ d _____ de _____

Pare/mare/tutors legals o representants legals Padre/madre/tutores o representantes legales	Professional / Profesional
Firma: _____	Firma: _____

D REVOCACIÓ/REVOCACIÓN'

COGNOMS / APELLIDOS _____ NOM / NOMBRE _____ DNI _____

Pare/mare/tutors legals o representants legals del/de la menor **revoque el Consentiment Informat Familiar** d'intercanvi d'informació amb altres professionals realitzat en data:

Padre/madre/tutores o representantes legales del/de la menor **revoco el Consentimiento Informado Familiar** de intercambio de información con otros profesionales realizado en fecha:

- Centre educatiu / Centro educativo
- Serveis Especialitzats de salut/ Servicios Especializados de salud
- Serveis Socials Municipals i Mancomunats/ Servicios Sociales Municipales y Mancomunados.

No s'aplica. Sols hi ha un representant legal / No se aplica. Solo hay un representante legal _____

_____, _____ d _____ de _____

Pare/mare/tutors legals o representants legals Padre/madre/tutores o representantes legales	Professional / Profesional
Firma: _____	Firma: _____

Les dades personals continguts en aquest imprès podran ser tractats, amb el seu consentiment informat, en els termes de l'article 7 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales / Los datos personales contenidos en este impreso podrán ser tratados, con su consentimiento informado, en los términos del artículo 7 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Es guardará còpia de l'autorització/revocació del Consentiment Informat Familiar en la institució on es presente / Se guardará copia de la autorización/revocación del Consentimiento Informado Familiar en la institución donde se presente.