**ANEXO II:**

**AUTORIZACIÓN DE Traspaso DE información entre LOS**

**servicios sanitarios y EDUCATIVOS**

|  |  |
| --- | --- |
| D.: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dña.: |  |

en calidad de padre/madre o tutor/a del alumno/a o paciente *(táchese lo que no proceda)*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Escolarizado en el Centro Educativo: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| y adscrito al Centro de Salud: |  |

Manifiestan:

🞏 **Dar el consentimiento,** para que toda la información que los profesionales consideren relevante en relación a mi hijo / hija / tutelado esté a disposición de los profesionales sanitarios / educativos que van a intervenir en el proceso de atención al mismo. Esta decisión es libre y voluntaria, pudiéndose revocar este consentimiento por escrito sin expresar la causa.

🞏 **No dar el consentimiento**

 En caso de dar el consentimiento, el canal de transmisión de dicha información escrita será el siguiente *(elegir al menos una opción)*:

🞏 La información es proporcionada a la familia, comprometiéndose explícitamente a entregar dicha información al Servicio de Sanidad o al Servicio de Educación que corresponda.

🞏 La información será transmitida por vía interna entre el Servicio de Sanidad y el Servicio de Educación bajo el régimen de protección de datos vigente.

 En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Nombre y Firma Nombre y Firma

Padre/Tutor legal Madre/Tutora legal

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_