

ACTUALIZACION DE LA AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL PARA EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Yo

con NIF

Teléfono de contacto: FijoMóvil.

Siendo personal:

☐ Funcionario de Carrera ☐ Funcionario Interino ☐ Laboral fijo ☐ Laboral eventual

en el **SERVICIO** de
de

y con laCategoría

En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016) (en adelante, RGPD) y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, **doy mi CONSENTIMIENTO EXPRESO para que el Ayuntamiento de Sevilla como Responsable del tratamiento, pueda tramitar mi alta como beneficiario en la Póliza Complementaria de Salud y para ello ceda mis datos personales que se reflejan a continuación a la Entidad adjudicataria del servicio y que en cada momento se publicará en el portal de la plantilla municipal.**

DATOS PERSONALES que autorizo que se cedan: NOMBRE Y APELLIDOS, NIF, FECHA DE NACIMIENTO, SEXO, DOMICILIO, CORREO ELECTRONICO Y TELEFONO.

El/la autorizante podrá ejercer los derechos en materia de protección de datos (artículo 12 y siguientes del RGPD), dirigiendo un escrito a la Sección de Asistencia Sanitaria o bien mediante correo electrónico a: asistenciasanitaria.salud@sevilla.org . Le rogamos que en el caso de que quiera revocar su consentimiento, nos lo comunique por cualquiera de las vías antes mencionadas con la finalidad de dar traslado a su petición, si bien ello no afectará a la licitud de los tratamientos de datos realizados con anterioridad a su revocación.

Por todo ello, para que conste a los efectos oportunos, muestro mi conformidad con lo descrito en este documento, de acuerdo con la firma estampada en el mismo.

En , a de de 2025

FIRMA:

REMITIR A: actualizacionsalud@sevilla.org