

Información sobre Protección de Datos	
Responsable	Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional
Finalidad	Gestión de la historia clínico-laboral (campañas de vacunación de los Servicios de Prevención de las Áreas de Salud)
Legitimación	Consentimiento del titular (artículos 6.1.a) y 9.2.a) RGPD) Medicina preventiva y laboral (artículo 9.2.h) RGPD)
Plazo de conservación	Los datos recogidos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentación: Orden CYT/27/2012, de 10 de enero.
Destinatarios	Servicios de Prevención de las Áreas de Salud, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad, y organismos oficiales de estadística. No están previstas transferencias internacionales de los datos
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos cuando éstos no sean necesarios para las finalidades descritas, así como a limitar, oponerse al tratamiento y a solicitar la portabilidad de sus datos en los términos de los artículos 17, 18 y 20 del RGPD. La solicitud de ejercicio de estos derechos podrá presentarse ante el responsable del tratamiento, ante el Delegado de Protección de Datos o mediante reclamación presentada ante la Agencia Española de Protección de Datos
Direcciones de contacto	Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional: ssl@saludcastillayleon.es Delegado de Protección de Datos: dpd@saludcastillayleon.es Agencia Española de Protección de Datos: C/ Jorge Juan 6, 28001 Madrid, o a través de su Web: www.agpd.es

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ____ / ____ / 2023
INFORMADO Y CONFORME
Firma del Trabajador

He decidido NO AUTORIZAR que se me administre la vacuna propuesta	FECHA: ____ / ____ / ____								
Firma del sanitario que informa:	Firma del Trabajador								
<p>_____ <i>Nombre y apellidos</i></p> <p style="text-align: center;">Los motivos por los que no se vacuna son:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> La gripe no supone en problema de salud para mí</td> <td><input type="checkbox"/> La vacuna es poco efectiva</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mi vacunación no sirve para evitar un problema de salud a otras personas</td> <td><input type="checkbox"/> Falta de información sobre la vacuna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Miedo a los efectos secundarios</td> <td><input type="checkbox"/> Otras (especificar)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Miedo al pinchazo</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> La gripe no supone en problema de salud para mí	<input type="checkbox"/> La vacuna es poco efectiva	<input type="checkbox"/> Mi vacunación no sirve para evitar un problema de salud a otras personas	<input type="checkbox"/> Falta de información sobre la vacuna	<input type="checkbox"/> Miedo a los efectos secundarios	<input type="checkbox"/> Otras (especificar)	<input type="checkbox"/> Miedo al pinchazo	
<input type="checkbox"/> La gripe no supone en problema de salud para mí	<input type="checkbox"/> La vacuna es poco efectiva								
<input type="checkbox"/> Mi vacunación no sirve para evitar un problema de salud a otras personas	<input type="checkbox"/> Falta de información sobre la vacuna								
<input type="checkbox"/> Miedo a los efectos secundarios	<input type="checkbox"/> Otras (especificar)								
<input type="checkbox"/> Miedo al pinchazo									

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:	FECHA: ____ / ____ / ____
Firma del sanitario que informa:	Firma del Trabajador
<p>_____ <i>Nombre y apellidos</i></p>	