

## AUTORITZACIÓ PER A SER INCLÓS A LA LLISTA DEL CURS DE SUPORT VITAL BÀSIC AMB DEA

*Tots els camps són obligatoris*

**NOM**

**COGNOMS**

**DNI / N.I.E.**

*(Sense espais, punts ni guions i amb la seva corresponent lletra)*

**TELÈFON MOBIL\*** *(Sense espais, punts ni guions)*

**CORREU ELECTRÒNIC**

**DATA DE NAIXEMENT** *(Format: dd/mm/aaaa)*

**MANIFESTA :**

I.- Que tinc interès de ser inclòs a la llista de persones que confecciona el COEC per al curs de Suport Bàsic amb DEA a fi que es pugui organitzar el curs, se'm lliuri el diploma que obtingui quan superi el curs, i **AUTORITZO** al responsable assistencial de la clínica, o el titular o representant legal de l'empresa perquè comuniqui les meves dades personals abans esmentades al COEC per a la meva inclusió en l'esmentada llista així com per a la comunicació a FORMACIÓ A. ROCA, SL i al Consell Català de Ressucitació.

II.- Conec que puc exercir els meus drets de drets d'accés, supressió, rectificació, oposició, portabilitat o limitació davant del Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya (COEC) per correu electrònic a [coec@coec.cat](mailto:coec@coec.cat). Pot també contactar amb el Delegat de Protecció de Dades a l'email [dpd@coec.cat](mailto:dpd@coec.cat). També, conec que puc presentar reclamació davant l'Autoritat de Protecció de Dades corresponent.

**Data:** \_\_\_\_\_

**Signatura de l'interessat**