

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL	
DATOS INFORMATIVOS GENERALES	
Nombre del/la estudiante:	
Curso y paralelo:	Jornada: MATUTINA
Teléfono de representante:	Fecha:
Institución educativa (responsable del tratamiento): Unidad Educativa Fiscomisional "Tirso de Molina"	
Delegado de Protección de Datos (DPD): María Cristina León Carvajal – delegado.datos.personales@gmail.com	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Yo, _____ en calidad _____ de _____ representante _____ de _____ el/la estudiante _____, una vez que he conocido en qué consiste el proceso de atención psicosocial que ejecuta el personal del Departamento de Consejería Estudiantil de la institución de educación, SI AUTORIZO () - NO AUTORIZO (), que mi representado/a cuente con este servicio, en razón de que _____ A su vez, declaro haber sido informado/a que el servicio de atención y acompañamiento psicosocial no consiste en un proceso de evaluación y/o terapia psicológica y que en caso de requerirlo mi representado/a podría ser derivado a un centro de atención externa que brinde dicho servicio. Declaro haber sido informado/a de que: (i) la base de legitimación para el tratamiento de estos datos es mi consentimiento, conforme al artículo 7 numeral 1 y al artículo 26 literal a) de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD); (ii) los datos serán conservados únicamente durante el tiempo necesario para la finalidad de atención psicosocial, conforme a la Política de Conservación y Eliminación de Datos de la institución; y (iii) puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de justificación, mediante solicitud dirigida al Departamento de Consejería Estudiantil o al Delegado de Protección de Datos (DPD) de la institución, conforme al artículo 8 de la LOPDP y al artículo 6 del Reglamento General a la LOPD. Asimismo, declaro conocer que puedo ejercer los derechos de información, acceso, rectificación y actualización, eliminación, oposición, portabilidad, suspensión y los demás derechos previstos en los artículos 12 al 22 de la LOPDP, a través de los canales señalados en la Política de Privacidad institucional y del Delegado de Protección de Datos.	
Firmas	

Profesional del DECE que brindará la atención	Padre/madre/representante legal
Nombre:	Nombre: C.I.: _____
<i>*La información registrada en este documento es confidencial y de uso exclusivo del DECE. Esta reserva podrá ceder únicamente en los casos previstos por la ley (por ejemplo, ante un riesgo para la vida, integridad o derechos de la niña, niño o adolescente), en cuyo caso se informará al titular o a su representante conforme corresponda.</i>	