

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOMETERSE A TÉCNICAS DE ARTE CORPORAL de acuerdo con el DECRETO 13/2004 DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD DE LA XUNTA DE GALICIA, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones sanitarias mínimas aplicables para la práctica de tales actividades

A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN:	
Establecimiento: WALO WALO TATUAJES	
Nombre o razón social – Walo Walo Tatuajes. Dirección – Paseo de Alfonso XII 35. C.P. – 36202. Localidad – Vigo. C.I.F. – 36176416-S	
Aplicador:	
Nombre – Alexandre Alonso Rodríguez Titulación académica o categoría profesional – Titulación higiénico sanitaria de aplicador de tatuajes, micropigmentación y piercing. D.N.I – 36176416-S	
Cliente:	
Nombre y dos apellidos _____	
D.N.I. _____ Fecha de nacimiento ____/____/____	
Domicilio completo _____ Localidad: _____	
Representante legal:	
(Cumplimentar en el supuesto de menores de edad e incapacitados)	
Nombre y dos apellidos _____	
D.N.I. _____ Fecha de nacimiento ____/____/____	
Domicilio completo _____	
Localidad: _____ Teléfono: _____	
J) CONTRAINDICACIONES:	
Situaciones ante las cuales no es recomendable la aplicación de técnicas de arte corporal de manera temporal:	
<ul style="list-style-type: none"> - Déficit inmunológico, mientras dure El mismo. - Intervenciones quirúrgicas. - Quimioterapia o radioterapia. - Infección local o general por bacterias, hongos o virus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cicatrices no estabilizadas. - Quemaduras recientes. - Úlceras. - Hematomas.
Situaciones ante las cuales no es recomendable la aplicación de técnicas de arte corporal si no es bajo supervisión médica:	
<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes. - Hemofilia. - Cardiopatías. - Portadores de VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Portadores de hepatitis B y C. - Inmunodeprimidos. - Prótesis (valvulares, ortopédicas,...)
Situaciones ante las cuales no es recomendable la aplicación de técnicas de arte corporal:	
<ul style="list-style-type: none"> - Reacciones alérgicas a los productos utilizados. - Padecimientos de la piel en la zona de aplicación: <ul style="list-style-type: none"> o Pecas y lunares. o Queloides. o Angiomas engrosados. o Verrugas. o Melanomas. o Impétigo. Psoriasis. 	

En _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA CLIENTE

FIRMA APLICADOR

Protección de datos:

Yo, _____ como cliente doy mi expreso consentimiento para gestionar mis datos personales, siempre de manera privada, a los gestores de Walo Walo, con el fin de realizarme en dicho establecimiento un procedimiento de tatuaje, piercing o micropigmentación, siendo plenamente informado de que mis datos serán tratados conforme a legislación vigente según a ley orgánica de protección de datos.

FIRMA CLIENTE

FIRMA TUTOR LEGAL

Conforme al RGPD 2016/679 y la L.O. 3/2018 de Protección de Datos Personales, se informa de que sus datos personales, van a ser incorporados a ficheros automatizados cuya finalidad es el tratamiento para la **gestión concreta** por parte de ALEXANDRE ALONSO RODRÍGUEZ. En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado y realizar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Si desean ejercer el derecho de acceso, rectificación, supresión y oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y a no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas, dirijan un escrito a:

ALEXANDRE ALONSO RODRÍGUEZ
Paseo de Alfonso XII, 35, 36202 Vigo (Pontevedra)
Mail: walowaloarts@gmail.com

Acepto el envío de información comercial.

ACREDITACIÓN DEL GRADO DE MADUREZ PARA EL SUPUESTO DE MENOR DE EDAD O INCAPACITADO:

_____, con DNI/Pasaporte _____ como (2) _____ de _____, cuyo grado de parentesco o responsabilidad acredito mediante _____, considero que mi _____ tiene la madurez mental suficiente para someterse a la prueba de arte corporal especificada en este documento. Y, como prueba de este reconocimiento firmo la presente, en presencia del aplicador, cuya firma acompaña.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL APLICADOR

Firmado:

(1) Cliente según proceda a la vista de lo establecido en el **DECRETO 13/2004 DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD DE LA XUNTA DE GALICIA**, por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos donde se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea y otras técnicas similares de arte corporal, sobre protección del menor y del incapacitado.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

ALEXANDRE ALONSO RODRÍGUEZ
36176416S

Paseo de Alfonso XII, 35 36202
Vigo (Pontevedra)

Finalidad de la recogida de datos:

Prestación del servicio solicitado y facturación del mismo.

Autorización para el tratamiento de imágenes en publicaciones, página web y/o redes sociales

Legitimación: la relación jurídica o contractual existente necesaria para la prestación del servicio y el interés legítimo para el desarrollo de relaciones comerciales y/o el consentimiento expreso del interesado/a.

Destinatarios a los que se les comunicarán los datos: No se cederán datos a terceros salvo que estemos obligados por una ley o normativa que nos sea de aplicación.

Cuánto tiempo conservaremos sus datos personales: Sus datos serán guardados mientras dure la relación contractual y comercial y debidamente bloqueados hasta la finalización del plazo de prescripción de las acciones que puedan derivarse de la relación contractual y para aquellas finalidades para las que nos ha otorgado su consentimiento, hasta que nos retire el mismo.

Medidas adoptadas: **ALEXANDRE ALONSO RODRÍGUEZ** ha adoptado las medidas técnicas necesarias para mantener el nivel de seguridad requerido, según la naturaleza de los datos personales tratados y las circunstancias del tratamiento, con el objeto de evitar, en la medida de lo posible y siempre según el estado de la técnica, su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

DATOS DEL INTERESADO

D. / D^a. _____, mayor de edad, con D.N.I. _____, por medio del presente escrito ejerce, de conformidad con lo previsto en el RGPD 2016/679 y la L.O. 3/2018 de Protección de Datos Personales a la siguiente declaración:

ACCEDO A:

Que se acceda y traten los datos de carácter personal de los cuales soy titular conforme a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal, dándome por satisfecho de su finalidad y futuro tratamiento. También autorizo su cesión en los casos necesarios, y siempre que estén regulados cumpliendo las exigencias de la ley.

Se me informa de que puedo ejercer los derechos de acceso, supresión, oposición, rectificación, limitación del tratamiento y portabilidad, en las señas arriba indicadas. Doy, por lo tanto, mi consentimiento inequívoco, libre, expreso y por escrito al RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

En _____, a _____ de _____ 20....

Firmado