

**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

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

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<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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