

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES

D/Dª:, mayor de edad, con
DNI.....,

DECLARO haber sido informado/a que los datos incluidos en mi currículum vitae serán tratados por el Col·legi Oficial de Dentistes de les Illes Balears, con CIF Q07660071, situado en Plaça Porta Pintada, 5-2ª -07002 de Palma, Illes Balears, con la finalidad de valorar la posibilidad de una contratación o colaboración profesional y gestionar los procesos de selección llevados a cabo durante el tiempo de conservación de mi currículum. El plazo de conservación de su cv será de 1 mes, transcurrido el cual se procederá a su destrucción.

La base legal para el tratamiento de los datos es mi consentimiento, según lo establecido en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, que puedo retirar en cualquier momento. Si bien, ello haría que mi candidatura no pudiera ser tenida en cuenta en futuros procesos de selección de personal. No obstante, la retirada del consentimiento no afectará a la licitud de los tratamientos efectuados con anterioridad.

Los datos se comunicarán o serán cedidos a otras empresas con la misma finalidad de participar en procesos de selección de las mismas.

Asimismo, he sido informado/a que tengo derecho a obtener confirmación sobre si el Col·legi Oficial de Dentistes de les I. Balears está tratando datos personales que me conciernen, o no. Tengo derecho a acceder a mis datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que motivaron su recogida.

En determinadas circunstancias, podré solicitar la limitación del tratamiento de los datos, en cuyo caso únicamente se conservarán bloqueados para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con mi situación particular, podré oponerme al tratamiento de los datos, en cuyo caso se dejarán de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones. Además de los derechos anteriores, tengo derecho a retirar el consentimiento y a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.

Asimismo, tengo **derecho** a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la **información adicional** detallada sobre Protección de Datos Personales, publicada en la web <http://www.dentistasbalears.com/información-adicional-sobre-proteccion-de-datos>. Podré ejercitar materialmente mis derechos aportando copia de mi DNI, mediante el envío de un mail o por correo postal dirigiéndome a la Dirección arriba indicada. Así pues, **consiento** el tratamiento de mis datos en los términos expuestos.

Palma de Mallorca,..... de..... de 20.....

Fdo.:
(Nombre y apellidos)

