

## Anexo XIII

Resolución 13 marzo 2018

### AUTORIZACIÓN PARA EL TRASLADO DE INFORMACIÓN RELATIVA A LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA A OTROS ORGANISMOS O INSTITUCIONES (SANITARIOS)

Con este documento se autoriza el traslado de información obtenida en la evaluación psicopedagógica del alumno/a, ajustándose en todo momento, al régimen de protección de datos según establece la Ley Orgánica 15/99 sobre Protección de Datos de Carácter Personal. Y, en tales condiciones AUTORIZO, como representante legal del menor, que se traslade la información obtenida en la evaluación psicopedagógica y se intercambie información entre los profesionales educativos y **SANITARIOS** que intervienen en el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de aquél.

D. \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Padre/ tutor legal del alumno/a \_\_\_\_\_

Dña. \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Madre/tutora legal del alumno/a \_\_\_\_\_

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado y he leído la información que me ha entregado D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

profesional del Servicio de Orientación \_\_\_\_\_

El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado.  
También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar la autorización que ahora presto.  
Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación del procedimiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Padre o tutor legal de alumno/a

Madre o tutora legal del alumno/a

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_



**REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRASLADO DE INFORMACIÓN RELATIVA A  
LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA A OTROS ORGANISMOS O INSTITUCIONES**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_,

como padre/madre/representante legal (táchese lo que no proceda) del alumno/a

\_\_\_\_\_ declaro que, tras la información recibida, REVOCO

la autorización prestada en fecha \_\_\_\_\_ o NO AUTORIZO a que se  
traslade la información obtenida en la evaluación psicopedagógica de mi hijo/a a los  
profesionales **SANITARIOS**.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Padre o tutor legal de alumno/a

Madre o tutora legal del alumno/a

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_