

HOJA DE PETICIÓN DE PACIENTES

Nombre y apellidos del alumno/a _____

Unidad Docente _____

Profesor/a solicitante _____ Fecha _____

Número de pacientes solicitados _____

Firma del profesor/a

Sus datos personales aportados en la solicitud serán tratados de acuerdo con su solicitud por la UNIVERSIDAD DE GRANADA, con sede en Avda. del Hospicio, s/n, 18071 Granada, en el marco de la relación laboral o administrativa que mantiene con la misma con la finalidad de dar cumplimiento a los procedimientos adoptados por la Universidad como garantía al adecuado ejercicio de sus competencias y mantener registro de su desarrollo a efectos de su posterior acreditación. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General de la Universidad de Granada en la dirección anteriormente indicada mediante solicitud escrita acompañada de copia del DNI. De todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

PACIENTE: _____ Tfno: _____

PACIENTE: _____ Tfno: _____

PACIENTE: _____ Tfno: _____

PACIENTE: _____ Tfno: _____

PACIENTE: _____ Tfno: _____

PACIENTE: _____ Tfno: _____

PACIENTE: _____ Tfno: _____

Este documento contiene datos de carácter personal y deberá ser devuelto al Servicio de Admisión de Pacientes de la Facultad de Odontología una vez finalizadas las prácticas