

### ACUERDO DE CESIÓN DE IMAGEN

#### DATOS DEL CEDENTE

D./D<sup>a</sup>....., con domicilio en Calle .....  
....., núm....., Localidad ....., Provincia .....,  
C.P. ...., y D.N.I. ....,

#### REPRESENTANTE LEGAL DEL CEDENTE

D./D<sup>a</sup>....., con domicilio en Calle .....  
....., núm ....., Localidad ....., Provincia .....,  
C.P. ...., y D.N.I. ...., en su condición de representante legal del arriba indicado cesionario,

#### Por este acuerdo autoriza expresamente a:

HM HOSPITALES 1989, S.A., (FORMACIÓN HM CENTRO DE PROFESIONES BIOSANITARIAS HM HOSPITALES), con NIF nº A-79325858 y con domicilio social en la Plaza del Conde Suchil 2, 28015 Madrid en adelante, HM HOSPITALES a poder fotografiar, grabar imágenes de video, grabaciones de voz de mi persona y utilizar los datos personales del alumno/a, y trabajos realizados durante su formación para el uso, de dichos contenidos, en el ámbito académico con la única finalidad de contribuir en la mejora de las actividades educativas realizadas en el centro en el que estoy matriculado/a (ordinarias, complementarias y extraescolares), incluyendo entre otras finalidades la comunicación del alumnado a través de las Plataformas de gestión educativa y utilización de fotos y/o vídeos para presentaciones, manuales o libros propios con finalidad exclusivamente educativa, la elaboración de la orla de fin de curso o la elaboración del vídeo para el acto de despedida de graduación. Asimismo, podrán ser utilizadas con las siguientes actividades que marque:

- Presentaciones educativas e informativas a los/as alumnos/as de siguientes promociones académicas, favoreciendo de este modo la mejor exposición y adquisición de contenidos y aprendizajes teórico-prácticos para cada módulo. Con fines de difusión, tanto en webs corporativas del Responsable como en redes sociales.
  
- Con Fines publicitarios y de difusión, de la actividad del Centro (*Newsletter*, folletos, publicidad gráfica, webs corporativas, redes sociales etc..)

Mi autorización se refiere a la totalidad de usos que puedan tener dichas imágenes y voz, o partes de las mismas, en las que aparezca, utilizando los medios técnicos conocidos en la actualidad y los que pudieran desarrollarse en el futuro, todo ello con la única salvedad y limitación de aquellas utilizaciones o aplicaciones que pudieran atentar al derecho al honor en los términos previstos en la Ley Orgánica 1/1985, de 5 de Mayo, de Protección Civil al Derecho al Honor, la Intimidad Personal y familiar y a la Propia Imagen.

Mi autorización no tiene ámbito geográfico determinado ya que me ha sido informado, que uno de sus usos será para la inclusión de las imágenes y/o voz en la página web del Responsable, o en sus correspondientes perfiles de las distintas redes sociales en las que se encuentra, por lo que HM HOSPITALES, pueda ceder los derechos de explotación sobre las imágenes y/o voz, o partes de los mismos, en las que intervenga, para las finalidades ya descritas, pudiendo utilizar esas imágenes y/o voz, o partes de los mismos, sin limitación geográfica de ninguna clase, dada las características de su difusión a través de la web.

Mi autorización no fija ningún límite de tiempo para su concesión ni para la explotación de las imágenes y/o voz, o parte de los mismos, en las que aparezco, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado, salvo revocación expresa.

Manifiesto así mismo mi renuncia a percibir cualquier tipo de compensación o retribución económica por la cesión efectuada en este documento, con independencia de los fines a los que se destine.

HM HOSPITALES 1989, S.A. (en adelante, HM HOSPITALES) es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos y, en particular del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (RGPD), por lo que se le facilita la siguiente información acerca del tratamiento.

**Fin del tratamiento:** Producir la captación de mi imagen y voz a través de fotografías y/o vídeo, posterior conservación y transmisión de dichas imágenes, con la finalidad descrita en el presente documento.

**Criterios de conservación de los datos:** se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

**Comunicación de los datos:** Los datos podrán ser cedidos a instituciones educativas oficiales y/o centros examinadores para la obtención de titulaciones oficiales. En cualquier otro caso, no está prevista ninguna otra cesión a terceros salvo que medie al efecto obligación legal o requerimiento judicial.

**Derechos que asisten al Interesado:** - Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. - Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. - Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

**Datos de contacto para ejercer sus derechos:** Podrá ejercitar sus derechos enviando una solicitud junto con un documento acreditativo de su identidad a HM HOSPITALES 1989, S.A., Plaza del Conde del Valle de Suchil, 2, 28015 de Madrid o bien al correo electrónico siguiente [dpo@hmhospitales.com](mailto:dpo@hmhospitales.com)

**El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:**

Fecha: En..... a.....de.....20.....

Firma del alumno/a

(Padre, madre o tutor/a legal en caso de que el alumno/a sea menor de edad)

## REVOCACIÓN

Don/Doña.....

(Nombre y dos apellidos) con domicilio en ..... y

D.N.I. nº .....

Don/Doña.....

(Nombre y dos apellidos)

en ..... calidad ..... de.....

de.....

(Representante legal) (Nombre y dos apellidos)

Fecha: En ..... a.....de.....20.....

REVOCO el consentimiento prestado en esta fecha....., y no deseo que se prosiga con el tratamiento de mi imagen con las finalidades indicadas, que doy con esta fecha por finalizado.

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	HM HOSPITALES 1989, S.A. (FORMACIÓN HM CENTRO DE PROFESIONES BIOSANITARIAS HM HOSPITALES)
Finalidad	Gestión de datos identificativos del alumno, sus familiares y académicos con el fin de matricularle en alguno de los ciclos ofertados por el Responsable, así como actividades derivadas de dicha matriculación (entre otras, actividades de comunicación y de evaluación del alumno y gestión administrativa y de facturación).
Legitimación	El Responsable se encuentra legitimado por obligación legal en el ejercicio de sus funciones educativas, docentes y orientadoras.
Destinatarios	Los datos serán cedidos a las entidades bancarias colaboradoras con el Responsable al objeto de realizar el cobro de la matriculación. En su caso, podrán ser cedidos a compañías aseguradoras colaboradoras al objeto de reembolsar el seguro de accidentes contratado, a centros sanitarios a fin de poder atenderle correctamente o a entidades financieras colaboradoras al objeto de financiar la matrícula. En cualquier otro caso, no está prevista ninguna comunicación de datos a terceros salvo que medie al efecto obligación legal o requerimiento judicial.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra Política de Privacidad: <a href="http://www.formacionhm.com">www.formacionhm.com</a>