



Datos del responsable del tratamiento

Responsable del Tratamiento: Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (FGSHSCSP).

Oficina de Acceso: Servició de Atenció al Usuari, Sant Quintí 89, 08041 Barcelona.

Datos del paciente

Nombre y apellidos Número de historia clínica / CIP

DNI/Pasaporte Domicilio

Teléfono Dirección de correo electrónico

Datos del representante ¹

Nombre y apellidos

DNI/Pasaporte Domicilio

Teléfono Dirección de correo electrónico

SOLICITA

1. Que se le facilite gratuitamente el acceso a los documentos que a continuación se relacionan, y en un plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud.

Documentación o información que se pide:

2. Que si la solicitud del derecho de acceso es estimada, siempre que sea posible, se remita la información por el canal preferente indicado bajo la firma.
3. Que esta información comprenda de manera legible e inteligible, sin utilizar claves o códigos que requieran el uso de dispositivos mecánicos específicos, mis datos personales de base, y los resultantes de cualquier elaboración, proceso o tratamiento, así como el origen de los datos, los cesionarios y la especificación de los concretos usos y finalidades para los cuales se almacenaron.

Documentación que se adjunta

L Fotocopia del DNI, pasaporte u otro documento válido que identifique a la persona interesada

L Fotocopia del DNI, u otro documento válido que identifique a la persona representante

D Fotocopia del documento acreditativo de la representación ²

Canal preferente para recibir respuesta



correo electrónico



correo postal



en mano

(sigue por detrás)

Fecha y firma de la solicitud

- 1) Situaciones de representación legal: incapacidad / minoría de edad o de representación voluntaria.
- 2) Representante legal: Resolución judicial o certificado del registro civil (por incapacidades) o libro de familia o certificado del registro civil (para menores).
Representante voluntario: Escritura de apoderamiento o autorización firmada por el representado junto con copia de su DNI.

Declaro responsablemente que tengo la **potestad sobre mi hijo / hija** y que no concurre ninguna circunstancia que restrinja o limite, de ninguna forma, las facultades de representación que la potestad parental mencionada me confiere.

Fecha y firma

Información sobre protección de datos personales.

En cumplimiento de lo que establece el RGPD, se le informa que la finalidad del tratamiento a la que se destinarán los datos personales incluidos en el presente formulario será la administrativa, con el fin de dar curso a su solicitud y únicamente se tratarán por los servicios administrativos de nuestra entidad y los servicios conexos internos que puedan verse implicados a raíz de la solicitud.

Los datos proporcionados, especialmente la presente solicitud, serán conservados tomando en consideración los plazos de prescripciones de las infracciones muy graves tipificadas en la normativa de protección de datos y, ateniéndonos a las máximas garantías.

Usted es el responsable de la veracidad y corrección de los datos que nos libra y tiene la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación en el tratamiento, portabilidad y de oposición de los datos de este impreso de acuerdo aquello que dispone la normativa en materia de protección de datos. Para ejercerlos, tendrá que dirigirse por escrito a l'FGSHSCSP, Servicio de Atención al Usuario, Sant Quintí 89, 08041 de Barcelona, adjuntando una fotocopia de su DNI o documento acreditativo equivalente.

En caso de divergencia, puede dirigirse a l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades