

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: Servicio de Atención al Usuario, 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

Datos a los cuales hace referencia la solicitud de supresión:

Motivos fundamentados y legítimos, por los cuales solicito suprimir estos datos de salud:

ME HAN INFORMADO QUE:

No se podrán suprimir los datos personales cuando la conservación y tratamiento se deba mantener para poder prestar una atención sanitaria correcta, obligación legal, por interés público en el ámbito de salud pública, o para mantener archivos de interés público.

SOLICITO:

1. Que en plazo de un mes desde la recepción de esta solicitud se proceda a la efectiva *supresión* solicitada y me lo comuniquen de manera escrita en la dirección arriba indicada.
2. Que en el caso de que el responsable del tratamiento considere que esta *supresión* no proceda, lo comunique igualmente, de manera motivada y dentro del plazo de un mes.

Documentación que se adjunta

- Fotocopia del DNI, pasaporte u otro documento válido que identifique a la persona interesada
- Fotocopia del DNI, pasaporte u otro documento válido que identifique a la persona representada
- Fotocopia del documento acreditativo de la representación ²
- Otra documentación.....

(La respuesta se enviará por correo postal)

(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 manera, 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 destinaran los datos personales incluidos en el presente formulario será la administrativa, con el fin de dar curso a su solicitud y únicamente se trataran 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