

EXERCICI DEL DRET DE SUPRESSIÓ

Dades del responsable del tractament

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

Oficina d'Accés: Servei d'Atenció a l'Usuari, Sant Quintí 89, 08041 Barcelona.

Dades del pacient

Nom i cognoms
clínica / CIP

Número d'història

DNI/Passaport

Domicili

Telèfon

Adreça electrònica

Dades del representant ¹

Nom i cognoms

DNI/Passaport

Domicili

Telèfon

Adreça electrònica

Dades a les quals fa referència la sol·licitud de supressió:

Motius fonamentats i legítims, pels quals sol·licito suprimir aquestes dades de salut:

M'HAN INFORMAT QUE:

No es podran suprimir les dades personals quan la conservació i tractament s'hagi de mantenir per a poder prestar una atenció sanitària correcta, obligació legal, per interès públic en l'àmbit de salut pública, o per mantenir arxius d'interès públic.

SOL·LICITO

1. Que en el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud es procedeixi a l'efectiva *supressió* sol·licitada i m'ho comuniquin de manera escrita a l'adreça a dalt indicada.
2. Que en el cas que el responsable de tractament consideri que aquesta *supressió* no procedeixi, ho comuniqui igualment, de manera motivada i dins del termini d'un mes.



Documentació que s'adjunta

- Fotocòpia del DNI, passaport o altre document vàlid que identifiqui a la persona interessada.
- Fotocòpia del DNI, passaport o altre document vàlid que identifiqui a la persona representant
- Fotocòpia del document acreditatiu de la representació ²
- Altra documentació

(La resposta s'enviarà per correu postal)

Data i signatura de la sol·licitud

- 1) Situacions de representació legal: incapacitat / minoria d'edat. o de representació voluntària.
- 2) Representant legal: Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors).
Representant voluntari: Escriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.

Declaro responsablement que tinc la **potestat sobre el meu fill / filla** i que no concorre cap circumstància que restringeixi o limiti, de cap forma, les facultats de representació que la potestat parental esmentada em confereix.

Data i signatura

Informació sobre protecció de dades personals.

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a la que es destinaran les dades personals incloses en el present formulari serà l'administrativa, per tal de donar curs a la seva sol·licitud i únicament es tractaran pels serveis administratius de la nostra entitat i els serveis connexos interns que puguin veure's implicats arrel de la sol·licitud.

Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades prenent en consideració els terminis de prescripcions de les infraccions molt greus tipificades en la normativa de protecció de dades i, atenint-nos a les màximes garanties.

Vostè és el responsable de la veracitat i correcció de les dades que ens lliura i té la facultat d'exercir els drets accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i d'oposició de les dades d'aquest imprès d'acord allò que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a l'FGSHSCSP, Servei d'Atenció a l'Usuari, Sant Quintí 89, 08041 de Barcelona, adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document acreditatiu equivalent. En cas de divergència, pot adreçar-se a l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.