



## Document d'autorització per a la sol·licitud i recollida de documentació clínica

Jo, \_\_\_\_\_, amb DNI,  
NIE o passaport \_\_\_\_\_, autoritzo al/la  
Sr./Sra. \_\_\_\_\_, amb DNI,  
NIE o passaport \_\_\_\_\_, a sol·licitar i a  
recollir una còpia de la documentació de la meva història clínica i/o un informe  
actualitzat del meu estat de salut.

Signatura titular:

Nom i cognoms titular:

Signatura persona autoritzada:

Nom i cognoms persona autoritzada:

Data

/ /

**El present document s'haurà d'acompanyar amb la còpia del DNI, NIE o passaport de la persona titular i de la persona autoritzada.**

La Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en compliment del Reglament (UE) núm. 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46 / CE l'informa que tractarà les seves dades amb la finalitat de gestionar la seva petició. Pot exercir el dret d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació i portabilitat dirigint-se al Servei d'Atenció a l'Usuari, Sant Quintí 89, 08041 de Barcelona. Pot trobar la informació ampliada a <https://www.santpau.cat/web/public/informacio-addicional-sobre-proteccio-de-dades>