

NHC:

Data de sol·licitud:

## EXERCICI DEL DRET D'ACCÉS

### DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Salut Tortosa, SL, amb NIF B-55587786, domicili a la plaça 1 d'Octubre 6 - 8, 43500 Tortosa i telèfon 977 58 82 00.

El responsable del tractament ha designat un delegat de protecció de dades amb el que es pot contactar a través de l'adreça electrònica [dpd.clinicaterresebre@saluttortosa.cat](mailto:dpd.clinicaterresebre@saluttortosa.cat).

### DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, Localitat \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_, amb DNI. \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, manifesta el seu desig d'exercir el seu dret de accés, de conformitat amb els articles 15 del RGPD.

### DADES DEL REPRESENTANT <sup>1</sup>

En / Na ....., major d'edat, amb domicili a .....  
..... n° ....., pis ....., Localitat .....  
..... Província ..... CP .....  
Telèfon....., amb DNI ....., parentesc o situació legal del pacient....., del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant documentació pertinent<sup>2</sup>.

### SOL·LICITA.

1. - Que se li faciliti gratuïtament l'accés als documents que a continuació es relacionen, sense dilacions indegudes i amb un termini màxim d'un mes a comptar de la recepció d'aquesta sol·licitud.

Documentació o informació que es demana:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

<sup>1</sup> En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

<sup>2</sup> Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors). Escritura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.

2.- Que si la sol·licitud del dret d'accés fos estimada, es remeti per correu la informació a l'adreça a dalt indicada, en el termini d'un mes a comptar de la recepció d'aquesta sol·licitud.

3.- Que aquesta informació compregui de manera llegible i intel·ligible, sense utilitzar claus o codis que requereixin l'ús de dispositius mecànics específics, les meves dades personals de base, i els resultants de qualsevol elaboració, procés o tractament, així com l'origen de les dades, els cessionaris i l'especificació dels concrets usos i finalitats per als quals es van emmagatzemar.

### PROTECCIÓ DE DADES

El responsable del tractament, d'acord amb el que disposa el Reglament General de Protecció de Dades, l'informa que les seves dades personals seran tractades amb la finalitat de tramitar la seva petició de dret d'oposició en base al compliment d'una obligació legal per al responsable del tractament establerta a l'article 15 del Reglament General de Protecció de Dades.

Les dades tractades per a tramitar 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 seves dades d'acord allò que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a Salut Tortosa, SL, com a responsable del tractament, a l'adreça Pl. 1 d'Octubre, 6 - 8, 43500 Tortosa, amb referència RGPD, adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document equivalent que acrediti la seva identitat.

Si considera infringits els seus drets podrà presentar una reclamació davant *l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades* ([www.apdcat.cat](http://www.apdcat.cat)).

A ....., a ..... de..... de 201 .....

Signatura del pacient

Signatura del sol·licitant