

EXERCICI DEL DRET DE LIMITACIÓ

DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Tortosa Salut, 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.

DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra. _____, major d'edat, amb domicili al carrer _____ núm. _____, Localitat _____ Província _____ C.P. _____ amb DNI. _____, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, manifesta el seu desig d'exercir el seu dret de limitació del tractament de conformitat amb l'article 18 del RGPD.

DADES DEL REPRESENTANT¹

En / Na _____, major d'edat, amb domicili a _____ n^o _____, pis _____, localitat _____ Província _____ CP _____ amb DNI _____, del qual s'acompanya fotocòpia, en nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant documentació pertinent², de la qual també s'adjunta còpia.

1. **SOL·LICITA**, amb el present escrit, exercir el dret a la limitació del tractament en base a (marqui amb una X el que correspongui):

- La impugnació de l'exactitud de les dades personals.
- L'oposició a la supressió de les dades personals en el marc d'un tractament il·lícit.
- L'oposició a la supressió de dades per possible exercici i defensa de reclamacions de l'interessat.
- Limitació del tractament fins a la resolució de la petició d'oposició al tractament.

2. Amb la finalitat d'acreditar les causes indicades a l'apartat anterior que emparen l'exercici del dret de limitació s'aporta la documentació següent:

.....

1 En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.
2 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.

A....., a..... de..... de 20.....