

## EXERCICI DEL DRET DE PORTABILITAT

### 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](mailto: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 portabilitat, de conformitat amb l'article 20 del RGPD.

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

En / Na ..... , major d'edat, amb domicili a .....  
..... n<sup>o</sup> ....., pis ....., Localitat .....  
..... Província ..... CP .....  
amb DNI ....., 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>.

1.- SOL·LICITA exercir el dret a la portabilitat de les dades personals.

2.- SOL·LICITA que (marqui amb una X el que correspongui)

les seves dades personals li siguin facilitades en un format estructurat, d'ús comú i lectura mecànica.

les seves dades personals es transmetin en un format estructurat, d'ús comú i lectura mecànica al següent responsable del tractament:

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). Escriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.

Nom:

NIF (opcional):

Telèfon (opcional):

Adreça postal<sup>3</sup>:

Adreça de correu electrònic<sup>3</sup>:

Altres canals per a la comunicació de les dades<sup>3</sup>:

En el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, s'ha de fer efectiva aquesta portabilitat, per la qual cosa sol·licito que em feu entrega de les meves dades en format estructurat o bé, si procedeix, em comuniquen una vegada realitzada la comunicació al nou Responsable, o altrament m'indiquen el motiu pel qual la persona o entitat responsable considera que no és procedent.

### **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 de portabilitat en base al compliment d'una obligació legal per al responsable del tractament establerta als articles 19 i 20 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.

Les seves dades podran ser comunicades als tercers que ens indiqui en el marc de l'exercici del seu dret de portabilitat.

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 20.....