

NHC:

Data de sol·licitud:

## 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](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 limitació del tractament de conformitat amb l'article 18 del RGPD.

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

En/Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, Localitat \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_, parentesc o situació legal del pacient, en nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant documentació pertinent<sup>2</sup>, 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). Escriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.

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

En el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, s'ha de fer efectiva aquesta limitació, per la qual cosa sol·licito que m'ho comuniquen una vegada realitzada, o bé que m'indiquen el motiu pel qual la persona o entitat responsable del tractament 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 limitació en base al compliment d'una obligació legal per al responsable del tractament establerta als articles 18 i 19 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 a tercers, encarregats de tractament o no, quan sigui necessari aquest accés per a la correcta atenció de la petició de dret formulada. No es preveuen comunicacions de dades fora de la Unió Europea.

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.....

Signatura del pacient

Signatura del sol·licitant