

RECTIFICACIÓ

Data...../...../.....

DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del Tractament: Instal·lacions Assistencials Sanitàries, SCIAS, Societat Cooperativa Catalana Limitada
Direcció oficina: Avinguda Diagonal, 660 - 08034 Barcelona

PACIENT

Nom i cognoms

Història Clínica

Telèfon Correu electrònic

DNI, del qual s'acompanya fotocòpia.

SOL·LICITANT

El mateix pacient Una altra persona

DADES DEL SOL·LICITANT (ompli en el cas que no sigui el pacient)

Nom i cognoms, major d'edat, amb domicili a, Núm. pis....., Localitat..... CP i telèfon, amb DNI, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en qualitat de del pacient a dalt referenciat, segons s'acredita mitjançant la documentació pertinent.

Per mitjà del present escrit, **manifesta el seu desig d'exercir el seu dret de rectificació**, d'acord amb l'article 16 del RGPD.

Documentació que s'adjunta:

DNI del pacient DNI del sol·licitant Llibre de família

Certificat de defunció

SOL·LICITA:

- 1- Que es procedeixi gratuïtament a l'efectiva correcció, en el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, de les dades inexactes relatives a la meva persona.
- 2- Les dades que cal rectificar es relacionen en el full annex, fent referència als documents que s'acompanyen a aquesta sol·licitud i que acrediten, en cas que sigui necessari, la veracitat de les noves dades.
- 3- Que em comuniquin de manera escrita a l'adreça a dalt indicada la rectificació de les dades un cop realitzada.
- 4- Que, en el cas que el responsable del tractament consideri que la rectificació no procedeix, ho comuniqui igualment, de manera motivada i dins del termini d'un mes.

RECTIFICACIÓ**PROTECCIÓ DE DADES**

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a què es destinaran les dades personals incloses en el present formulari serà l'administrativa, per tal de donar curs a la seva sol·licitud, i únicament seran tractades pels serveis administratius de la nostra entitat i els serveis connexos interns que puguin veure's implicats arrel de la sol·licitud.

Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades prenent en consideració els terminis de prescripció 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 d'accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i oposició de les seves dades d'acord amb el que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los haurà de dirigir-se per escrit al DPD de SCIAS, Av. Diagonal, 660 – 08034 Barcelona o a dpd@scias.com, adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document acreditatiu equivalent.

Així mateix, se l'informa del seu dret a retirar el consentiment prestat amb la signatura del present document en qualsevol moment, sense que aquest afecti la licitud del tractament realitzat prèviament a la seva retirada. Per altra banda, si no està d'acord amb el tractament realitzat per l'Entitat o considera infringits els seus drets, podrà presentar una reclamació en tot moment davant l'*Agencia Española de Protección de Datos* /Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

Barcelona, a _____ d _____ de _____

Signatura del pacient

Signatura del sol·licitant

Nom _____

DNI _____

Nom _____

DNI _____