

SUPRESSIÓ

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

DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENTResponsable 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 supressió de les seves dades**, d'acord amb l'article 15 del RGPD.**Documentació que s'adjunta:** DNI del pacient DNI del sol·licitant Llibre de família
 Certificat de defunció **Dades a què fa referència la sol·licitud de supressió:**.....
.....**Motius fonamentats i legítims** pels quals sol·licito suprimir aquestes dades de salut:.....
.....**M'han informat que:**

No es podran suprimir les dades personals quan la conservació i tractament d'aquestes s'hagi de mantenir per poder prestar una atenció sanitària correcta, per obligació legal, per interès públic en l'àmbit de salut pública o per mantenir arxius d'interès públic.

SUPRESSIÓ**SOL·LICITO**

1. Que, en el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, es procedeixi a l'efectiva supressió sol·licitada i em sigui comunicada de forma escrita a l'adreça detallada en aquest document.
2. Que, en el cas que el responsable del tractament consideri que aquesta supressió no procedeix, ho comunicui igualment, de manera motivada i dins del termini d'un mes.

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 (en cas que no sigui el pacient)

Nom

Nom

DNI

DNI