

## FORMULARI RELATIU ALS DRETS DE LES PERSONES INTERESSADES - LIMITACIÓ

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

### SOL·LICITANT

El mateix pacient

Una altra persona

### DADES DEL SOL·LICITANT (ompliu 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

,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 limitació**, d'acord amb l'article 18 del RGPD.

### Documentació que s'adjunta

DNI del pacient

DNI del sol·licitant

Llibre de família

Certificat de defunció

### Motiu pel qual sol·licita la limitació

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

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, oposició, limitació al tractament i portabilitat 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 SASU (Servei d'Atenció al Soci i Usuari) de SCIAS, Av. Diagonal, 660 - 08034 Barcelona o [sasus@scias.com](mailto:sasu@scias.com), adjuntant document acreditatiu.

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.

### **SIGNO CONFORME HE REBUT LA DOCUMENTACIÓ SOL·LICITADA I CONEC EL TRACTAMENT DE LES MEVES DADES**

Barcelona

Signatura del pacient

Signatura del sol·licitant (en cas que no sigui el pacient)

Nom

Nom

DNI

DNI