

## FORMULARIO RELATIVO A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS - LIMITACIÓN

Fecha

### DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Responsable del Tratamiento: Instalaciones Asistenciales Sanitarias, SCIAS, Sociedad Cooperativa Catalana Limitada. Dirección oficina: Avinguda Diagonal, 660 - 08034 Barcelona

### PACIENTE

Nombre y apellidos

Historia Clínica

Teléfono

Correo electrónico

DNI

### SOLICITANTE

El mismo paciente

Otra persona

### DATOS DEL SOLICITANTE (llene en caso de que no sea el paciente)

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_, mayor de edad,

con domicilio en

Nº.

Piso

Localidad

CP

y teléfono

, con DNI

, mediante

el presente escrito, en calidad de

del paciente arriba referenciado, según se acredita mediante la documentación pertinente.

Por medio del presente escrito, **manifiesta su deseo de ejercer su derecho de limitación**, de acuerdo con el artículo 18 del RGPD.

### Documentación que se adjunta

DNI del paciente

DNI del solicitante

Libro de familia

Certificado de defunción

### Motivo por el que solicita la limitación

En el plazo de un mes desde la recepción de esta solicitud se hará efectiva esta limitación, por lo que solicito que me lo comunique una vez realizada, o bien que me indique el motivo por el que la persona o entidad responsable del tratamiento considera que no procede.

## PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo que establece el RGPD, se le informa que la finalidad del tratamiento al que se destinarán los datos personales incluidos en el presente formulario será la administrativa, con el fin de dar rienda suelta a su solicitud, y únicamente serán tratadas por los servicios administrativos de nuestra entidad y los servicios conexos internos que puedan verse implicados a raíz de la solicitud.

Los datos proporcionados, especialmente la presente solicitud, serán conservados tomando en consideración los plazos de prescripción de las infracciones muy graves tipificadas en la normativa de protección de datos y atendiéndonos a las máximas garantías.

Usted es el responsable de la veracidad y corrección de los datos que nos entrega y tiene la facultad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación al tratamiento y portabilidad de sus datos de acuerdo con lo dispuesto en la normativa en materia de protección de datos. Para ejercerlos deberá dirigirse por escrito al SASU (Servicio de Atención al Socio y Usuario) de SCIAS, av. Diagonal, 660 - 08034 Barcelona o [sasu@scias.com](mailto:sasu@scias.com), adjuntando documento acreditativo.

Asimismo, se le informa de su derecho a retirar el consentimiento prestado con la firma del presente documento en cualquier momento, sin que éste afecte a la licitud del tratamiento realizado previamente a su retirada. Por otra parte, si no está de acuerdo con el tratamiento realizado por la Entidad o considera infringidos sus derechos, podrá presentar una reclamación en todo momento ante la *Agencia Española de Protección de Datos* / Autoridad Catalana de Protección de Datos.

### **FIRMO CONFORME HE RECIBIDO LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA Y CONOZCO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS**

Barcelona

Firma del paciente

Firma del solicitante (en caso de que no sea el paciente)

Nombre

Nombre

DNI

DNI