

FORMULARIO RELATIVO A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS - SUPRESIÓN

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 supresión**, de acuerdo con el artículo 17 del RGPD.

Documentación que se adjunta

DNI del paciente

DNI del solicitante

Libro de familia

Certificado de defunción

Datos a los que hace referencia la solicitud de supresión

Motivos fundamentales y legítimos por los que solicito suprimir estos datos de salud:

Me han informado que:

No se podrán suprimir los datos personales cuando su conservación y tratamiento deba mantenerse para poder prestar una atención sanitaria correcta, por obligación legal, por interés público en el ámbito de la salud pública o por mantener archivos de interés público.

SOLICITO

1. Que, sin dilación indebida desde la recepción de esta solicitud, se proceda a la efectiva supresión solicitada y me sea comunicada de forma escrita a la dirección detallada en este documento.
2. Que, en el caso de que el responsable del tratamiento considere que esta supresión no procede, lo comunique igualmente de manera razonada y sin dilación indebida.

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 [sasு@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 / *Autoritat Catalana de Protecció de Dades*.

Barcelona

Firma del paciente

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

Nombre

Nombre

DNI

DNI