



Clínica Girona

Sol·licitud de Drets de Protecció de Dades

Dades del pacient:

Sr. /Sra. _____, amb D.N.I. número _____
i domicili a _____
_____, i telèfons de contacte _____.

Dades del tercer autoritzat (només en los casos on no realitza la sol·licitud el mateix pacient):

Sr./Sra. _____, amb D.N.I. número _____
i domicili a _____
_____, i telèfons de contacte _____.

Per mitjà del present escrit exerceix el dret de:

- | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accés | <input type="checkbox"/> Rectificació | <input type="checkbox"/> Cancel·lació |
| <input type="checkbox"/> Oposició | <input type="checkbox"/> Portabilitat | <input type="checkbox"/> Oblit |
| <input type="checkbox"/> Limitació del tractament | | |

I, de conformitat amb el que preveuen els articles 15 i següents del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades.

EXPOSO:

Per això, SOL·LICITO, que sigui atès el meu dret de _____ en els termes anteriorment indicats i en el termini previst per la normativa aplicable en aquesta matèria.

Així mateix, declaro que la representació que invoco es troba plenament vigent en l'actualitat (només per al supòsit en què el sol·licitant actuï com a representant del pacient, legal o voluntari).

_____, a _____ de _____ de 20____

Firma del sol·licitant: