



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:



Clínica Girona

Solicitud de Derechos de Protección de Datos

Datos del paciente:

D./Dña. _____, con D.N.I. número _____
y domicilio en _____
_____, y teléfonos de contacto _____.

Datos del tercero autorizado (sólo en los casos donde no realiza la solicitud el propio paciente):

D./Dña. _____, con D.N.I. número _____
y domicilio en _____
_____, y teléfonos de contacto _____.

Por medio del presente escrito ejerce el derecho de:

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acceso | <input type="checkbox"/> Rectificación | <input type="checkbox"/> Cancelación |
| <input type="checkbox"/> Oposición | <input type="checkbox"/> Portabilidad | <input type="checkbox"/> Olvido |
| <input type="checkbox"/> Limitación del tratamiento | | |

Y, de conformidad con lo previsto en los artículos 15 y siguientes del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

EXPONGO

.

Por ello, **SOLICITO**, que sea atendido mi derecho de _____ en los términos anteriormente indicados y en el plazo previsto por la normativa aplicable en esta materia.

Asimismo, declaro que la representación que invoco se encuentra plenamente vigente en la actualidad (sólo para el supuesto en que el solicitante actúe como representante del paciente, legal o voluntario).

En _____, a ____ de _____ de 20__

Firma del solicitante: