

FORMULARI PER A L'EXERCICI DEL DRET DE RECTIFICACIÓ ⁽¹⁾

Dades de la persona interessada ⁽²⁾

Nom i cognoms	Número d'història clínica / CIP
DNI/NIE/Passaport	Domicili
Telèfon	Adreça electrònica

Dades de la persona representant ⁽³⁾

Nom i cognoms	
DNI/NIE/Passaport	Domicili
Telèfon	Adreça electrònica

Dades per rectificar

Dada incorrecta
Dada correcta

SOL·LICITO

Que, d'acord amb el que estableix l'article 16 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, es rectificuin les dades incorrectes especificades en aquest imprès, de les quals adjunto la documentació acreditativa.

Documentació que s'adjunta

- Fotocòpia del DNI, passaport o altre document vàlid que identifiqui a la persona interessada
- Fotocòpia del DNI, passaport o altre document vàlid que identifiqui a la persona representant
- Fotocòpia del document acreditatiu de la representació
- Documentació acreditativa de les rectificacions sol·licitades (especifiqueu la documentació)

Signatura

Data

Canal preferent per rebre resposta correu electrònic correu postal en mà

⁽⁴⁾ Declaro responsablement que tinc la potestat sobre el meu fill/filla i que no concorre cap circumstància que restringeixi o limiti, de cap forma, les facultats de representació que la potestat parental esmentada em confereix

Data i signatura

1 De conformitat amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), us informem que les seves dades de caràcter personal s'integraran en un fitxer administratiu titularitat de la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital Santa Creu i Sant Pau (FGSHSCSP), amb la finalitat de gestionar la seva petició. El destinataris de la informació són tots els serveis de l'Hospital que intervenen en la gestió de la seva petició. Si desitgeu rebre més informació o voleu exercir els vostres drets d'Accés, Rectificació, Oposició o Cancel·lació (ARCO) reconeguts en la normativa de protecció de dades, us podeu adreçar al Servei d'Atenció a l'Usuari situat al vestíbul principal, accés carrer de Sant Quintí 89.

2 Cal adjuntar fotocòpia del DNI, passaport o altre document vàlid que identifiqui la persona interessada.

3 Cal emplenar aquest apartat quan la persona interessada sigui menor d'edat, estigui incapacitada o hagi designat expressament per a l'exercici d'aquest dret una persona representant voluntària. S'ha d'adjuntar fotocòpia del DNI, passaport o altre document vàlid que identifiqui la persona representant i fotocòpia del document que acrediti la representació.

4 Emplenar només en els casos de sol·licituds de menors d'edat sotmesos a potestat parental.