

## FORMULARI PER A L'EXERCICI DEL DRET DE CANCEL·LACIÓ <sup>(1)</sup>

### Dades de la persona interessada <sup>(2)</sup>

Nom i cognoms Número d'història clínica / CIP

DNI/NIE/Passaport Domicili

Telèfon Adreça electrònica

### Dades de la persona representant <sup>(3)</sup>

Nom i cognoms

DNI/NIE/Passaport Domicili

Telèfon Adreça electrònica

### Dades en relació amb les quals s'exerceix el dret de cancel·lació

Dades a les quals fa referència la sol·licitud de cancel·lació del tractament de dades personals

Motius fonamentats i legítims, pels quals demano la cancel·lació del tractament d'aquestes dades de salut

### EXPOSO

Que m'han informat que:

- l'accés a la Història Clínica Compartida millora la qualitat de l'assistència als ciutadans i permet l'ús compartit dels professionals sanitaris de tota la informació disponible sobre el pacient entre les diferents entitats de Catalunya;
- l'exercici del dret de cancel·lació al tractament de les dades de salut que consten a la Història Clínica Compartida de Catalunya pot dificultar la prestació assistencial en altres centres atès que no disposaran de tota la meua informació sanitària, fet que pot comportar riscos i deficiències en l'assistència sanitària, i

### SOL·LICITO

Exercir el dret de cancel·lació al tractament de les dades de salut especificades en aquest imprès de les quals adjunto la documentació acreditativa, 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, i que entenc i assumeixo les conseqüències que aquesta cancel·lació em pot comportar.

### 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 dels motius fonamentats i legítims pels quals la persona interessada demana la cancel·lació de les dades de salut esmentades (especifiqueu la documentació)

Signatura

Data

Canal preferent per rebre resposta  correu electrònic  correu postal  en mà

---

<sup>(4)</sup> 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.