

EXERCICI DEL DRET D'ACCÉS

DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del Tractament: CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA

Adreça de l'Oficina d'Accés: Av. Catalunya, 11 – 08700 Igualada

DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra. _____, major d'edat, amb domicili al carrer _____ núm. _____, Localitat _____ Província _____ C.P. _____ amb DNI. _____, del qual **s'acompanya fotocòpia**, per mitjà del present escrit, manifesta el seu desig d'exercir **el seu dret de accés**, de conformitat amb els articles 15 del RGPD.

¹DADES DEL REPRESENTANT LEGAL (només si no ve la persona interessada)

En / Na _____, major d'edat, amb domicili a _____ n.º _____, pis _____, Localitat _____ Província _____ CP _____ amb DNI _____, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant documentació pertinent.

²DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTARI (només si no ve la persona interessada)

En / Na _____, major d'edat, amb domicili a _____ n.º _____, pis _____, Localitat _____ Província _____ CP _____ amb DNI _____, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant documentació pertinent.

³SOL·LICITA

1. Que se li faciliti gratuïtament l'accés als documents que a continuació es relacionen, sense dilacions indegudes i amb un termini màxim d'un mes a comptar de la recepció d'aquesta sol·licitud. I m'han informat que excepcionalment, quan la sol·licitud sigui infundada o excessiva, especialment atenent al seu caràcter repetitiu, em poden demanar un cànon proporcional als costos administratius suportats o negar-se a actuar.

Documentació o informació que es demana:

.....

.....

¹En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

²Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

³Esriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI

-
-
2. Que si la sol·licitud del dret d'accés fos estimada, es remeti per correu la informació a l'adreça a dalt indicada, en el termini d'un mes a comptar de la recepció d'aquesta sol·licitud.
 3. Que aquesta informació compregui de manera llegible i intel·ligible, sense utilitzar claus o codis que requereixin l'ús de dispositius mecànics específics, les meves dades personals de base, i els resultants de qualsevol elaboració, procés o tractament, així com l'origen de les dades, els cessionaris i l'especificació dels concrets usos i finalitats per als quals es van emmagatzemar.

PROTECCIÓ DE DADES

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a la que es destinaran les dades personals incloses en el present formulari serà l'administrativa, per tal de donar curs a la seva sol·licitud i únicament es tractaran pels serveis administratius de la nostra entitat i els serveis connexos interns que puguin veure's implicats arrel de la sol·licitud. Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades prenent en consideració els terminis de prescripcions de les infraccions molt greus tipificades en la normativa de protecció de dades i, atenint-nos a les màximes garanties.

Vostè és el responsable de la veracitat i correcció de les dades que ens lliura i té la facultat d'exercir els drets accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i d'oposició de les seves dades d'acord allò que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a **CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA** a **Av. Catalunya, 11 – 08700 Igualada** o protecciodades@csa.cat adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document acreditatiu equivalent.

Així mateix, se l'informa del seu dret a retirar el consentiment prestat amb la signatura del present document en qualsevol moment, sense que aquest afecti a la licitud del tractament realitzat prèviament a la seva retirada. Per altra banda, si no està d'acord amb el tractament realitzat per l'Entitat o considera infringits els seus drets podrà presentar una reclamació en tot moment davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

A, a de de 20.....

<i>Signatura:</i>	<i>A efectes de notificació:</i>
	<p><i>Adreça correu electrònic:</i></p> <p><i>Adreça correu postal en cas de no disposar de correu electrònic:</i></p>

¹En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

²Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

³Esriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI