

### EXERCICI DEL DRET DE SUPRESSIÓ / CANCEL·LACIÓ

#### 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 supressió**, de conformitat amb els articles 15 del RGPD.

#### <sup>7</sup>DADES DEL REPRESENTANT LEGAL (nomes 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<sup>8</sup>.

#### DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTARI (nomes 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<sup>9</sup>.

#### SOL·LICITA

1. Que en el termini d'un mes de la recepció d'aquesta sol·licitud, es procedeixi a l'efectiva supressió de qualsevol dada relativa a la meua persona que vostè tracti o, en el cas que es tracti d'una dada concreta, la descrigui a continuació, en els termes previstos al RGPD i m'ho comuniquin de manera escrita a l'adreça a dalt indicada.

.....  
 .....

<sup>7</sup>En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

<sup>8</sup>Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors).

<sup>9</sup>Esriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.

.....  
.....  
.....  
.....

2. Que, en el cas que el responsable del tractament consideri que aquesta supressió no procedeixi, ho comuniqui igualment, de manera motivada i dins del termini d'un mes.

**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](mailto: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>
	<i>Adreça correu electrònic:</i>  <i>Adreça correu postal en cas de no disposar de correu electrònic:</i>

<sup>7</sup>En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

<sup>8</sup>Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors).

<sup>9</sup>Esriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.