

Formularis pels Drets dels Interessats

EXERCICI DEL DRET DE LIMITACIÓ

DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del Tractament: **HOSPITAL SANT JOAN DE REUS, SA**
Adreça de l'Oficina d'Accés: **Av. Dr. Josep Laporte, 2, 43204, Reus (Tarragona)**

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 limitació**, de conformitat amb l'article 18 del RGPD. *(La persona sol·licitant ha d' exposar el supòsit pel qual sol·licita la limitació)*

¹⁰DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

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 pertinent¹¹.

DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTARI

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.¹²

SOL·LICITA

1. _____

En el seu cas, a la fi d'acreditar el compliment de la condició de l'article 18 del RGPD aporto la documentació justificativa següent (opcional):

2. _____

¹⁰ En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

¹¹ Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

¹² Escriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.

Formularis pels Drets dels Interessats

En el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, s'ha de fer efectiva aquesta limitació, per la qual cosa sol·licito que m'ho comuniqui una vegada realitzada, o bé que m'indiqueu el motiu pel qual la persona o entitat responsable del tractament considera que no és procedent.

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 **Hospital Sant Joan de Reus, SA, a Av. Dr. Josep Laporte, 2, 43204, Reus (Tarragona) o dpd@ginsa.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.....