

Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats**EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN****DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**

FUNDACIÓ HOSPITAL DE L'ESPERIT SANT

Adreça: Av. Mossèn Pons i Rabadà, s/n 08923 Santa Coloma de Gramenet

Correu electrònic: hesperisant@fhes.cat

DATOS DEL SOLICITANTE

El/La Sr./Sra. _____, mayor de edad, con domicilio en la calle _____ núm. _____, Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____ con DNI. _____, del cual se acompaña fotocopia, por medio del presente escrito, manifiesta su deseo de ejercer su derecho de acceso, de conformidad con los artículos 15 del RGPD.

¹DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

El/La Sr./Sra. _____, mayor de edad, con domicilio a _____ n.º _____, piso _____, Localitat _____ Provincia _____ CP. _____ con DNI _____, del cual se acompaña fotocopia, por medio del presente escrito, en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita mediante documentación pertinente².

DATOS DEL REPRESENTANTE VOLUNTARIO

El/La Sr./Sra. _____, mayor de edad, con domicilio en _____ n.º _____, piso _____, Localidad _____ Provincia _____ CP. _____ con DNI _____, del cual se acompaña fotocopia, por medio del presente escrito, en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita mediante documentación

SOLICITA

1. Que en el plazo de un mes desde la recepción de esta solicitud se proceda a la efectiva supresión de cualquier dato relativo a mi persona que usted trate, en los términos previstos en el RGPD y me lo comuniquen de manera escrita a la dirección arriba indicada.
2. Que, en caso de que el responsable del tratamiento considere que esta supresión no proceda, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de un mes.

¹ En el caso que el interesado se encuentre en situación de incapacidad/ minoría de edad.

² Resolución judicial o certificado del registro civil (por incapacidades) o libro de familia o certificado del registro civil (para menores)

Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo establecido en el RGPD, se le informa que la finalidad del tratamiento a la que se destinarán los datos personales incluidos en el presente formulario será la administrativa, a fin de dar curso a su solicitud y únicamente se tratarán por los servicios administrativos de nuestra entidad y los servicios conexos internos que puedan verse implicados raíz de la solicitud.

Los datos proporcionados, especialmente la presente solicitud, serán conservadas tomando en consideración los plazos de prescripciones de las infracciones muy graves tipificadas en la normativa de protección de datos y, ateniéndonos a las máximas garantías.

Usted es el responsable de la veracidad y corrección de los datos que nos entrega y tiene la facultad de ejercer los derechos acceso, rectificación, supresión, limitación al tratamiento, portabilidad y de oposición de sus datos de acuerdo lo dispuesto en la normativa en materia de protección de datos. Para ejercerlos, deberá dirigirse por escrito a **Fundació Hospital de l'Esperit Sant**, a **Av. Mossèn Pons i Rabadà, s/n 08923 Santa Coloma de Gramenet** adjuntando una fotocopia de su DNI o documento acreditativo equivalente.

Asimismo, se le informa de su derecho a retirar el consentimiento prestado con la firma del presente documento en cualquier momento, sin que éste afecte a la licitud del tratamiento realizado previamente a su retirada. Por otro lado, si no está de acuerdo con el tratamiento realizado por la Entidad o considera infringidos sus derechos podrá presentar una reclamación en todo momento ante la Agencia Española de Protección de datos / Autoridad Catalana de Protección de Datos.

En, a de de 20