

Sol·licitud del dret d'accés a les dades personals en l'àmbit de salut

Dades d'identificació (indiqueu l'opció correcta)

- ☐ Sóc la persona titular de les dades
- ☐ Actuo com a representant legal o representant voluntari/a del/de la titular de les dades
- ☐ Marqueu aquesta casella en cas que el/la propietari/ària de la historia clínica sigui una persona difunta

Dades del/de la persona titular de los dades

Primer cognom	Segon cognom	Nom	DNI/NIE/Passaport
Adreça		Codi postal	Població
CIP	Telèfon	Adreça electrònica	

Dades del/de la representant legal / Sol·licitant documentació de persona difunta

Primer cognom	Segon cognom	Nom	DNI/NIE/Passaport
Adreça		Codi postal	Població
CIP	Telèfon	Adreça electrònica	

Dades del/de la representant voluntari/a

Primer cognom	Segon cognom	Nom	DNI/NIE/Passaport
Adreça		Codi postal	Població
CIP	Telèfon	Adreça electrònica	

Signatura del titular de les dades amb què autoritza la representació voluntària

Documentació sol·licitada

Documentació acreditativa

- | | |
|--|--|
| ☐ Fotocòpia del document d'identitat del/de la titular de les dades | ☐ Document que acredita la representació, autorització o vinculació familiar (quan s'actui en nom de la persona titular de les dades) |
| ☐ Fotocòpia del document d'identitat del/de la representant legal | ☐ Certificat de defunció |
| ☐ Fotocòpia del document d'identitat del/de la representant voluntari/a | ☐ Altra documentació (caldrà especificar-la) |

Signatura

Signatura de la persona que fa la sol·licitud

Justificant de lliurament (signar el dia del lliurament)

Signatura de la persona que ha fet la sol·licitud conforme se li lliura la documentació

Lloc i data

Lloc i data



Protecció de dades

El dret d'accés a les dades de salut és personalíssim, i només el pot exercir alguna de les persones següents:

La mateixa persona afectada o interessada, de la qual es tracten les dades personals, que ha de tenir més de 14 anys i no estar incapacitada legalment.

Un representant legal (si la persona es troba en situació d'incapacitat legal o és menor d'edat, menor de 14 anys o més gran de 14, si la llei ho exigeix).

Un representant designat voluntàriament per la persona interessada o afectada.

Per mitjà del present escrit, manifesta el seu desig d'exercir el seu dret d'accés de conformitat amb el RGPD. D'acord amb el què estableix aquest article tinc dret a accedir de forma clara i intel·ligible a les meves dades de caràcter personal incloses en la història clínica, a les dades resultants de qualsevol elaboració, procés o tractament d'aquelles dades així com a ser informat sobre l'origen de les dades, cessionaris, usos i finalitats per a les que es van emmagatzemar.

D'acord amb allò previst a l'article 15 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades (RGPD), en el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, se'm doni accés a les dades sol·licitades.

En compliment del que estableix el Reglament general de protecció de dades, la informació que consta en aquest formulari serà inclosa als fitxers de l'ICS a fi de donar curs a la vostra sol·licitud. El tractament de les dades, el durà a terme l'ICS i els serveis interns connectats que s'hi poden veure implicats. Quan a les dades que heu donat, sou el responsable que siguin certes i correctes.

Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades mentre s'estigui tramitant el procediment, 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 d'accés, de rectificació, de supressió, d'oposició, de portabilitat, d'oblí i de limitació al tractament de les seves dades d'acord amb allò que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a l'Institut Català de la Salut⁵, adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document acreditatiu equivalent si s'escau.

El consentiment que heu donat al tractament de les dades en firmar la sol·licitud sempre podeu retirar-lo. El tractament que s'hagi fet de les dades abans de retirar el consentiment és lícit.

Així mateix, si no esteu d'acord amb el tractament de les dades que l'entitat ha dut a terme o penseu que els vostres drets han estat infringits, podeu presentar una reclamació a l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

⁵Dades del/de la responsable del tractament

Responsable del Tractament: l'Institut Català de la Salut

Adreça de l'Oficina d'Accés: Gran Via de les Corts Catalanes 587, 08007 Barcelona

Telèfon 93 482 41 00

Correu electrònic: a
