

## EXERCICI DEL DRET DE SUPRESSIÓ

### DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del Tractament: **Fundació Sant Hospital**

Adreça de l'Oficina d'Accés: **Passeig de Joan Brudieu 8, 25700-La Seu d'Urgell**

### 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 17 del RGPD.

### <sup>13</sup>DADES 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 pertinent<sup>14</sup>.

### 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.<sup>15</sup>

### SOL·LICITA

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

<sup>13</sup> En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

<sup>14</sup> Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

<sup>15</sup> Escriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.

## 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 ha de dirigir-se per escrit a <sup>16</sup> la Fundació Sant Hospital (Unitat d'Atenció al Ciutadà), a <sup>17</sup> l'adreça de Passeig de Joan Brudieu 8 de la Seu d'Urgell (25700) adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document acreditatiu equivalent. La Unitat d'Atenció al Ciutadà lliurarà la seva sol·licitud a l'Àrea del Delegat de Protecció de Dades de la Fundació Sant Hospital que és qui gestionarà la seva sol·licitud.

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<sup>18</sup> l'Agència Espanyola de Protecció de dades.

A....., a..... d..... de 20.....

---

<sup>16</sup> Responsable de tractament

<sup>17</sup> Adreça

<sup>18</sup> Segons cada cas