

## Dades del responsable del tractament

---

- **Responsable del Tractament:**

Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, FP, amb domicili al carrer Dr. Joan Soler, 1-3, de 08243 Manresa.

- **Delegat de protecció de dades:** dpd@althaia.cat

- **Unitat receptora de les sol·licituds:**

Unitat d'Atenció a la Ciutadania (UAU), Hospital de Sant Joan de Déu, carrer Dr. Joan Soler, 1-3, 08243 Manresa

## Dades del sol·licitant

---

Nom i cognoms

Número HC / CIP

DNI/Passaport

Domicili

Telèfon

Adreça electrònica

## Dades del representant 1

---

Nom i cognoms

DNI/Passaport

Domicili

Telèfon

Adreça electrònica

## Dades a les quals fa referència la sol·licitud de cancel·lació

---

- Motius fonamentats i legítims, pels quals sol·licito suprimir aquestes dades de salut:

### M'HAN INFORMAT QUE:

No es podran suprimir les dades personals quan la conservació i tractament s'hagi de mantenir per a poder prestar una atenció sanitària correcta, per obligació legal, per interès públic en l'àmbit de salut pública, o per mantenir arxius d'interès públic.

### SOL·LICITO

1. Que en termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud es procedeixi a l'efectiva cancel·lació sol·licitada 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 cancel·lació no procedeixi, ho comuniqui igualment, de manera motivada i dins el termini d'un mes.

### Documentació que s'adjunta

---

- Fotocòpia del DNI, passaport o altre document vàlid que identifiqui a la persona interessada
- Fotocòpia del DNI, passaport o altre document vàlid que identifiqui a la persona representant
- Fotocòpia del document acreditatiu de la representació 2

### Canal preferent per rebre resposta

---

Correu electrònic

Correu postal

En mà

Data i signatura de la sol·licitud

1. Situació de representació legal: incapacitat, minoria d'edat, o de representació voluntària.
2. Representant legal: Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats o persones assistides) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors). Representant voluntari: Escriptura d'apoderament o autorització signada pel representant junt amb còpia del seu DNI.

Declaro responsablement que tinc la potestat sobre el meu fill / filla i que no concorre cap circumstància que restringeixi o limiti, de cap forma, les facultats de representació que la potestat parental esmentada em confereix,

Data i signatura

### Informació sobre protecció de dades personals

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 l'anostra 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 d'accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i d'oposició de les dades d'aquest imprès 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 Althaia, Unitat d'Atenció a la Ciutadania, a l'adreça indicada a l'encapçalament, adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document equivalent.

En cas de no estar d'acord amb el tractament, es pot adreçar a l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.