

SOLICITUD EJERCICIO DE DERECHOS SOPLAR (Supresión, Oposición, Portabilidad, Limitación, Acceso y Rectificación).

**ORGANISMO ANTE EL QUE SE EJERCITA LA SOLICITUD:
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN**

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE, Pasaporte:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Código Postal:

Localidad:

Teléfono:

DATOS DEL REPRESENTADO: (Cumplimentar en su caso).

Nombre y apellidos:

DNI, NIE, Pasaporte (*):

Teléfono:

SOLICITUD EN CALIDAD DE: (Marcar la opción correspondiente y acreditar documentalmente identidad y representación): (*)

Titular de la historia clínica.

Representante legal.

Representante voluntario.

DERECHO A EJERCER:

Supresión.

Limitación.

Oposición.

Acceso.

Portabilidad.

Rectificación.

DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD:

DOCUMENTACIÓN QUE APORTA: (es necesario aportar la documentación que sustente la petición):

El plazo para responder la presente solicitud será de un 1 mes, pudiendo prorrogarse a 2 meses en caso de especial complejidad.

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de gestionar y atender su solicitud, y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable. El Responsable del Tratamiento es el Instituto Psiquiátrico José Germain, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Plaza Carlos Trías Bertrán nº7 (Edif. Sollube) Madrid 28020. La base jurídica que legitima el tratamiento es *REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE*, junto con su consentimiento. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en c/ Luna, 1 28911 - Leganés, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Madrid a _____ de _____ de 20 ____

Firma del solicitante

Fecha y sello del Organismo

(* En caso de autorizar a otra persona a recoger esta información, deberá acompañar fotocopia del documento que acredite identidad del titular de la documentación clínica y fotocopia y original del documento que acredite la representación.