

Datos del solicitante:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

NIF/NIE: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_, Teléfono: \_\_\_\_\_

Finalidad de la solicitud:

 **Finalidad asistencial** **Docencia** **Investigación** **Otros...**(especificar): \_\_\_\_\_

Descripción de la solicitud: \_\_\_\_\_

Necesidad de los datos:

 **Datos identificativos del paciente** **Clínico asistenciales** **Ambos** (Datos identificativos y Clínico asistenciales)

Descripción datos necesarios: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

D/Dña.: \_\_\_\_\_

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de gestionar su solicitud y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable. El Responsable del Tratamiento es el Hospital Universitario 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 su consentimiento mediante la firma de la presente solicitud. 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.

**AUTORIZACIÓN/ DENEGACIÓN DE ACCESO A DATOS**

Datos del autorizante:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Yo, **AUTORIZO** el acceso a los datos solicitado:

- Sin disociación.
  - Numero de Historia Clínica
  - Datos solicitados
- Previo proceso de disociación

Yo, **DENIEGO** el acceso a los datos solicitados: (Exposición de los motivos que llevan a denegar la solicitud): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del autorizante:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

D/Dña.: \_\_\_\_\_

**Compromisos adoptados por el solicitante: de conformidad con lo previsto en Real Decreto 1720/2007, 21 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros que contengan datos de carácter personal, el tratamiento sobre los datos se realizará garantizando la adopción de medidas de seguridad correspondientes al nivel de los datos, y en particular las debidas al nivel alto en los casos que sea necesario. Los datos comunicados no se utilizan con finalidad diferente de la prevista, ni serán divulgados en modo alguno ajustándose en todo caso su tratamiento a las previsiones contenidas tanto en el referido Real Decreto 1720/2007, como en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal**