

Exercici del dret de supressió

DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Fundació Privada Hospital de Campdevàrol, amb NIF G17053075, domicili a la Crta. De Gombren, 20, 17530 Campdevàrol i telèfon 972 73 00 13.

El Responsable del tractament ha designat un Delegat de Protecció de dades. L'adreça de contacte d'aquest Delegat és delegatprotecciodades@hoscamp.com.

DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra., amb domicili a , número..... pis/porta....., de la localitat de Codi Postal , província de i 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 l'article 17 del RGPD.

DADES DEL REPRESENTANT¹

Sr./Sra., amb domicili a , número..... pis/porta....., de la localitat de Codi Postal , província de i amb DNI....., del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en nom i representació de la persona a dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant la documentació pertinent²,

Contacte telefònic:

SOL·LICITA:

1. Que en el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud es procedeixi a l'efectiva supressió de qualsevol dada relativa a la meua persona que vostè tracti i que es trobin en alguna de les situacions descrites en els apartats 1 i 2 de l'article 17 del RGPD.
2. En concret, es sol·licita la supressió de les següents dades personals o tractaments:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
3. 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.

¹ En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat

² Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors). Escripura d'apoderament o autorització signada pel representant junt amb còpia del seu DNI

