



Formulario para el ejercicio del derecho de Rectificación o Supresión de Datos de Carácter Personal de Ficheros del Servicio Andaluz de Salud PARA REPRESENTANTE LEGAL DE PERSONAS CON INCAPACIDAD JUDICIAL

SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO DONDE CONSTAN LOS DATOS A MODIFICAR.		
Nombre/Razón social: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (centro sanitario).....		
Localidad:	Provincia:	Código postal:

1 DATOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA		
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR	NUHSA
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL

2 DATOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA REPRESENTACIÓN LEGAL	
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR
CORREO ELECTRÓNICO	
3. LUGAR, FECHA Y FIRMA	
Con la firma del presente escrito EL/LA REPRESENTANTE LEGAL DECLARA que los datos son ciertos, así como la documentación que se adjunta, asumiendo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos.	
En a de de	
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL	
Fdo.:	

4 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
DOMICILIO		LOCALIDAD
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO/S DE CONTACTO

5 DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (*)
Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la paciente incapacitado/a Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la representante legal Fotocopia de la sentencia de incapacitación judicial en la que se otorga la tutoría

(*) "Si se presenta el documento original junto a la fotocopia, no es necesario que esta sea compulsada, condición necesaria en caso de no presentar dicho original"



6. SOLICITA:

Que se proceda a acordar la rectificación supresión (marcar lo que corresponda) de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho y se me notifique de forma escrita el resultado de la modificación practicada. Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un mes, que no procede practicar total o parcialmente las modificaciones propuestas, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 a fin de que pueda solicitar información y/o la tutela de derechos al Delegado de Protección de Datos (dpd.sspa@juntadeandalucia.es) del Servicio Andaluz de Salud, o acudir a la autoridad de control en materia de protección de datos competente en Andalucía o en su defecto a la autoridad de control nacional.

7. DATOS DEL FICHERO QUE SOLICITA MODIFICAR

7.1. DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR

7.2. DOCUMENTO/S EN EL/LOS QUE CONSTAN LOS DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR

Por medio del presente formulario ejerce el derecho de: rectificación supresión (marcar lo que corresponda), de conformidad con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Reglamento General de Protección de Datos (UE)2016/679.

En, ade de 201

Firma del/la representante legal

PROTECCIÓN DE DATOS

El Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- a) El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- b) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para facilitar el ejercicio de los derechos de acceso en relación a los datos de la historia de salud de Andalucía, cuya base jurídica es el consentimiento de la persona interesada.
- c) No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Puede consultar información detallada en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondedatos>



INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Se rellenará utilizando letra mayúscula para facilitar la lectura de los datos.
- Los apartados que rellenará exclusivamente el/la representante legal, serán los siguientes: "Solicitud dirigida al centro sanitario donde constan los datos a modificar", "1. Datos del/la paciente incapacitado/a", "2. Datos del/la representante legal", "3. Lugar, fecha y firma", "4. Datos a efectos de notificación", "5. Documentación que debe acompañar", 6. Solicita y 7. "Datos del fichero que solicita modificar: 7.1. Datos que solicita modificar y 7.2. Documento/s en el/los que constan los datos que solicita modificar".

DATOS IMPRESCINDIBLES:

La no aportación de alguno de los datos que a continuación se especifican, conllevará la suspensión temporal del procedimiento de tramitación de la solicitud, en tanto no sea subsanada (**plazo 10 días hábiles, sin contar los sábados**) por el/la paciente o el/la representante (Artículo 22 de la ley 39/2015 de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las AAPP).

1. Datos del/la paciente incapacitado/a:

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
- Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte) o, en su defecto NUHSA.

2. Datos del/la representante legal:

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, solo un apellido).
- Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir).

3. Lugar, fecha y firma

- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- El/la representante legal estampará su firma.

4. Datos a efectos de notificación

- Domicilio.
- Localidad.
- Provincia.
- Código Postal
- Teléfono/s de contacto.

5. Documentación que se adjunta (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA) (*)

- Paciente incapacitado/a (1): Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor
- Representante legal (2): Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor.
- Fotocopia de la sentencia de incapacitación judicial en la que se otorga la tutoría.

6. Solicita:

- En este apartado marcar en la casilla correspondiente si solicita rectificación o supresión de datos.

7. Datos del fichero que solicita modificar: 7.1.

Datos que solicita modificar:

- Expresar textualmente la/s anotación/es que solicita modificar.

7.2. Documento/s en el/los que constan los datos que solicita modificar (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA):

- Detallar el/los documento/s que se adjuntan a la solicitud en el/los que figuran las anotaciones que desea modificar (hoja de seguimiento de consulta, hoja de problemas, informe, etc.).

FIRMA DE LA SOLICITUD

- En este apartado marcar en la casilla correspondiente si solicita rectificación o supresión de datos.
- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- El/la representante legal estampará su firma en el apartado "Firma del/la representante legal".

(*) "Si se presenta el documento original junto a la fotocopia, no es necesario que esta sea compulsada, condición necesaria en caso de no presentar dicho original"