



Formulario para el ejercicio del derecho de Rectificación o Supresión de Datos de Carácter Personal de Ficheros del Servicio Andaluz de Salud EN REPRESENTACIÓN DE PERSONAS FALLECIDAS

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 FALLECIDA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA			
NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIE/PASAPORTE	NUHSA
		FECHA DE DEFUNCIÓN: DÍA.... MES..... AÑO.....	

2 DATOS DE LA PERSONA QUE FORMULA LA PETICIÓN	
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR
CORREO ELECTRÓNICO	
TIPO DE VÍNCULO CON LA PERSONA FALLECIDA: CÓNYUGE/PAREJA HIJO/A PADRE/MADRE HERMANO/A OTRO (especificar).....	
3. LUGAR, FECHA Y FIRMA	
Con la firma del presente escrito la persona que formula la petición 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	
LA PERSONA PETICIONARIA	
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 de la persona que formula la petición
Fotocopia del certificado de defunción
Fotocopia de la documentación que acredite relación/parentesco con persona fallecida (libro de familia actualizado o documento similar)

(*) "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 _____, a _____ de _____ de 201__

Firma de la persona peticionaria

PROTECCIÓN DE DATOS

El Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- 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.
- No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- 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 la persona que formula la petición, serán los siguientes: "Solicitud dirigida al centro sanitario donde constan los datos a modificar", "1. Datos de la persona fallecida titular de la historia clínica", "2. Datos de la persona que formula la petición", "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 de la persona fallecida titular de la historia clínica
 - Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
 - Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir) o, en su defecto NUHSA.
2. Datos de la persona que formula la petición
 - 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).
 - Tipo de vínculo con la persona fallecida
3. Lugar, fecha y firma
 - Cumplimentar el lugar y la fecha.
 - La persona peticionaria 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) (*):
 - Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona que formula la petición
 - Fotocopia del certificado de defunción del titular de la historia
 - Documentación acreditativa de existencia de vínculo familiar o de hecho, según la normativa vigente.
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 se solicitan.
- 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 a 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.
- La persona que formula la petición estampará su firma en el apartado "Firma de la persona peticionaria".