



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

### Exercici del dret d'accés

#### DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del Tractament: Institut d'Assistència Sanitària (IAS), CIF Q6750003C.  
Adreça de l'Oficina d'Accés: Unitat d'Atenció a l'Usuari-Parc Hospitalari Martí Julià,  
al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona).

#### DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, major  
d'edat, amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ amb DNI.  
\_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, manifesta  
el seu desig d'exercir el seu dret de accés, de conformitat amb els articles 15 del RGPD.

#### <sup>1</sup>DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

*En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a  
\_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en  
nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant  
documentació pertinent<sup>2</sup>.*

#### DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTARI

*En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a  
\_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en  
nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant  
documentació pertinent.<sup>3</sup>*

#### SOL·LICITA.

1. - Que se li faciliti gratuïtament l'accés als documents que a continuació es relacionen,  
sense dilacions indegudes i amb un termini màxim d'un mes a comptar de la recepció  
d'aquesta sol·licitud.

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

<sup>2</sup> Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

<sup>3</sup> Escritura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

Documentació o informació que es demana:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

2.- Que si la sol·licitud del dret d'accés fos estimada, es remeti per correu la informació a l'adreça a dalt indicada, en el termini d'un mes a comptar de la recepció d'aquesta sol·licitud.

3.- Que aquesta informació compregui de manera llegible i intel·ligible, sense utilitzar claus o codis que requereixin l'ús de dispositius mecànics específics, les meves dades personals de base, i els resultants de qualsevol elaboració, procés o tractament, així com l'origen de les dades, els cessionaris i l'especificació dels concrets usos i finalitats per als quals es van emmagatzemar.

### PROTECCIÓ DE DADES

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a la que es destinaran les dades personals incloses en el present formulari serà l'administrativa, per tal de donar curs a la seva sol·licitud i únicament es tractaran pels serveis administratius de la nostra entitat i els serveis connexos interns que puguin veure's implicats arrel de la sol·licitud.

Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades prenent en consideració els terminis de prescripcions de les infraccions molt greus tipificades en la normativa de protecció de dades i, atenint-nos a les màximes garanties.

Vostè és el responsable de la veracitat i correcció de les dades que ens lliura i té la facultat d'exercir els drets accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i d'oposició de les seves dades d'acord allò que disposa la normativa en



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a la Unitat d'Atenció a l'Usuari de l'Institut d'Assistència Sanitària, amb domicili al Parc Hospitalari Martí Julià, al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona), correu electrònic [atenciousuari@ias.cat](mailto:atenciousuari@ias.cat).

Així mateix, se l'informa del seu dret a retirar el consentiment prestat amb la signatura del present document en qualsevol moment, sense que aquest afecti a la licitud del tractament realitzat prèviament a la seva retirada. Per altra banda, si no està d'acord amb el tractament realitzat per l'Entitat o considera infringits els seus drets podrà presentar una reclamació en tot moment davant <sup>4</sup>l'Agència Espanyola de Protecció de dades/Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

A ....., a ..... de ..... de 202 ...

---



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

### Exercici del dret de rectificació

#### DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del Tractament: Institut d'Assistència Sanitària (IAS), CIF Q6750003C.  
Adreça de l'Oficina d'Accés: Unitat d'Atenció a l'Usuari-Parc Hospitalari Martí Julià,  
al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona).

#### DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, major  
d'edat, amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ amb DNI.  
\_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, manifesta  
el seu desig d'exercir el seu dret de rectificació, de conformitat amb els articles 16 del  
RGPD.

#### <sup>5</sup>DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a  
\_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en  
nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant  
documentació pertinent<sup>6</sup>.

#### DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTARI

En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a  
\_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en  
nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant  
documentació pertinent.<sup>7</sup>

#### SOL·LICITA

1. Que es procedeixi gratuïtament a l'efectiva correcció, en el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, de les dades inexactes relatives a la meua persona.

<sup>5</sup> En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

<sup>6</sup> Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

<sup>7</sup> Escritura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

2. Les dades que cal rectificar s'enumeren en el full annex, fent referència als documents que s'acompanyen a aquesta sol·licitud i que acrediten, en cas de ser necessari, la veracitat de les noves dades.
3. Que em comuniquin de manera escrita, a l'adreça a dalt indicada, la rectificació de les dades una vegada realitzada.
4. Que en el cas que el responsable del tractament consideri que la rectificació no procedeix, ho comuniqui igualment, de manera motivada i dins del termini d'un mes.

### PROTECCIÓ DE DADES

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a la que es destinaran les dades personals incloses en el present formulari serà l'administrativa, per tal de donar curs a la seva sol·licitud i únicament es tractaran pels serveis administratius de la nostra entitat i els serveis connexos interns que puguin veure's implicats arrel de la sol·licitud.

Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades prenent en consideració els terminis de prescripcions de les infraccions molt greus tipificades en la normativa de protecció de dades i, atenint-nos a les màximes garanties.

Vostè és el responsable de la veracitat i correcció de les dades que ens lliura i té la facultat d'exercir els drets accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i d'oposició de les seves dades d'acord allò que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a Institut d'Assistència Sanitària, amb domicili al Parc Hospitalari Martí Julià, al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona), correu electrònic [atenciousuari@ias.cat](mailto:atenciousuari@ias.cat)

Així mateix, se l'informa del seu dret a retirar el consentiment prestat amb la signatura del present document en qualsevol moment, sense que aquest afecti a la licitud del tractament realitzat prèviament a la seva retirada. Per altra banda, si no està d'acord amb el tractament realitzat per l'Entitat o considera infringits els seus drets podrà presentar una reclamació en tot moment davant<sup>8</sup> l'Agència Espanyola de Protecció de dades/Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

A....., a..... de..... de 20.....

---

<sup>8</sup> Segons cada cas



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

### Exercici del dret de supressió

#### DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del Tractament: Institut d'Assistència Sanitària (IAS), CIF Q6750003C.  
Adreça de l'Oficina d'Accés: Unitat d'Atenció a l'usuari-Parc Hospitalari Martí Julià, al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona).

#### DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, Localitat \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ 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 els articles 17 del RGPD.

#### <sup>9</sup>DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a \_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant documentació pertinent<sup>10</sup>.

#### DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTARI

En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a \_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant documentació pertinent.<sup>11</sup>

#### SOL·LICITA

1. Que en el termini d'un des de la recepció d'aquesta sol·licitud es procedeixi a l'efectiva supressió de qualsevol dada relativa a la meva persona que vostè tracti, en els termes previstos al RGPD i m'ho comuniquin de manera escrita a l'adreça a dalt indicada.

<sup>9</sup> En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

<sup>10</sup> Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

<sup>11</sup> Escriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

2. 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.

### PROTECCIÓ DE DADES

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a la que es destinaran les dades personals incloses en el present formulari serà l'administrativa, per tal de donar curs a la seva sol·licitud i únicament es tractaran pels serveis administratius de la nostra entitat i els serveis connexos interns que puguin veure's implicats arrel de la sol·licitud.

Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades prenent en consideració els terminis de prescripcions de les infraccions molt greus tipificades en la normativa de protecció de dades i, atenint-nos a les màximes garanties.

Vostè és el responsable de la veracitat i correcció de les dades que ens lliura i té la facultat d'exercir els drets accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i d'oposició de les seves dades d'acord allò que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a Institut d'Assistència Sanitària, amb domicili al Parc Hospitalari Martí Julià, al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona), correu electrònic [atenciousuari@ias.cat](mailto:atenciousuari@ias.cat)

Així mateix, se l'informa del seu dret a retirar el consentiment prestat amb la signatura del present document en qualsevol moment, sense que aquest afecti a la licitud del tractament realitzat prèviament a la seva retirada. Per altra banda, si no està d'acord amb el tractament realitzat per l'Entitat o considera infringits els seus drets podrà presentar una reclamació en tot moment davant<sup>12</sup> l'Agència Espanyola de Protecció de dades/Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

A....., a..... de..... de 20.....

---

<sup>12</sup> Segons cada cas



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

### Exercici del dret de limitació

#### DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del Tractament: Institut d'Assistència Sanitària (IAS), CIF Q6750003C.  
Adreça de l'Oficina d'Accés: Unitat d'Atenció a l'Usuari-Parc Hospitalari Martí Julià,  
al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona).

#### DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, major  
d'edat, amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ amb DNI.  
\_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, manifesta  
el seu desig d'exercir el seu dret de limitació, de conformitat amb l'article 18 del RGPD.  
(La persona sol·licitant ha d'exposar el supòsit pel qual sol·licita la limitació)

#### <sup>13</sup>DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a  
\_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en  
nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant  
documentació pertinent<sup>14</sup>.

#### DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTARI

En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a  
\_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en  
nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant  
documentació pertinent.<sup>15</sup>

#### SOL·LICITA

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>13</sup> En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

<sup>14</sup> Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

<sup>15</sup> Escriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.





Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En el seu cas, a la fi d'acreditar el compliment de la condició de l'article 18 del RGPD apporto la documentació justificativa següent (opcional):

2.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, s'ha de fer efectiva aquesta limitació, per la qual cosa sol·licito que m'ho comuniqui una vegada realitzada, o bé que m'indiqui el motiu pel qual la persona o entitat responsable del tractament considera que no és procedent.

### PROTECCIÓ DE DADES

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a la que es destinaran les dades personals incloses en el present formulari serà l'administrativa, per tal de donar curs a la seva sol·licitud i únicament es tractaran pels serveis administratius de la nostra entitat i els serveis connexos interns que puguin veure's implicats arrel de la sol·licitud.

Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades prenent en consideració els terminis de prescripcions de les infraccions molt greus tipificades en la normativa de protecció de dades i, atenint-nos a les màximes garanties.

Vostè és el responsable de la veracitat i correcció de les dades que ens lliura i té la facultat d'exercir els drets accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i d'oposició de les seves dades d'acord allò que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a Institut d'Assistència Sanitària, amb domicili al Parc Hospitalari Martí Julià, al carrer Dr.



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

Castany, s/n, 17190 Salt (Girona), correu electrònic [atenciousuari@ias.cat](mailto:atenciousuari@ias.cat)

Així mateix, se l'informa del seu dret a retirar el consentiment prestat amb la signatura del present document en qualsevol moment, sense que aquest afecti a la licitud del tractament realitzat prèviament a la seva retirada. Per altra banda, si no està d'acord amb el tractament realitzat per l'Entitat o considera infringits els seus drets podrà presentar una reclamació en tot moment davant<sup>16</sup> l'Agència Espanyola de Protecció de dades/Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

A....., a..... de..... de 20.....

---

<sup>16</sup> Segons cada cas



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

### Exercici del dret de portabilitat

#### DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del Tractament: Institut d'Assistència Sanitària (IAS), CIF Q6750003C.  
Adreça de l'Oficina d'Accés: Unitat d'Atenció a l'Usuari-Parc Hospitalari Martí Julià,  
al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona).

#### DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, major  
d'edat, amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ amb DNI.  
\_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, manifesta  
el seu desig d'exercir el seu dret de portabilitat sobre les dades, de conformitat amb  
l'article 20 del RGPD.

#### <sup>17</sup>DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

*En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a  
\_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en  
nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant  
documentació pertinent<sup>18</sup>.*

#### DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTARI

*En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a  
\_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en  
nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant  
documentació pertinent.<sup>19</sup>*

#### SOL·LICITA

- 1- Que es procedeixi a la portabilitat de les meves dades al nou responsable de tractament que s'indica a continuació:

Les dades del nou Responsable del Tractament són:

Nom:

NIF (opcional):  
\_\_\_\_\_

<sup>17</sup> En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

<sup>18</sup> Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

<sup>19</sup> Escripura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

Adreça de l'Oficina d'Accés:

En el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, s'ha de fer efectiva aquesta portabilitat, per la qual cosa sol·licito que em feu entrega de les meves dades en format estructurat o bé, si procedeix, em comuniquen una vegada realitzada la comunicació al nou Responsable, o altrament m'indiquen el motiu pel qual la persona o entitat responsable considera que no és procedent.

### PROTECCIÓ DE DADES

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a la que es destinaran les dades personals incloses en el present formulari serà l'administrativa, per tal de donar curs a la seva sol·licitud i únicament es tractaran pels serveis administratius de la nostra entitat i els serveis connexos interns que puguin veure's implicats arrel de la sol·licitud.

Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades prenent en consideració els terminis de prescripcions de les infraccions molt greus tipificades en la normativa de protecció de dades i, atenint-nos a les màximes garanties.

Vostè és el responsable de la veracitat i correcció de les dades que ens lliura i té la facultat d'exercir els drets accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i d'oposició de les seves dades d'acord allò que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a Institut d'Assistència Sanitària, amb domicili al Parc Hospitalari Martí Julià, al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona), correu electrònic [atenciousuari@ias.cat](mailto:atenciousuari@ias.cat)

Així mateix, se l'informa del seu dret a retirar el consentiment prestat amb la signatura del present document en qualsevol moment, sense que aquest afecti a la licitud del tractament realitzat prèviament a la seva retirada. Per altra banda, si no està d'acord amb el tractament realitzat per l'Entitat o considera infringits els seus drets podrà presentar una reclamació en tot moment davant<sup>20</sup> l'Agència Espanyola de Protecció de dades/Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

A....., a..... de..... de 20.....

---

<sup>20</sup> Segons cada cas



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

### Exercici del dret d'oposició

#### DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del Tractament: Institut d'Assistència Sanitària (IAS), CIF Q6750003C.  
Adreça de l'Oficina d'Accés: Unitat d'Atenció a l'Usuari-Parc Hospitalari Martí Julià,  
al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona).

#### DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, major  
d'edat, amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ amb DNI.  
\_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, manifesta  
el seu desig d'exercir el seu dret d'oposició, de conformitat amb l'article 21 del RGPD.  
(La persona sol·licitant ha d'enumerar o exposar els motius fonamentats i legítims, amb  
relació a una concreta situació, pels quals s'oposa al tractament de les seves dades  
personals.)

#### <sup>21</sup>DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a  
\_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en  
nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant  
documentació pertinent<sup>22</sup>.

#### DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTARI

En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a  
\_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit, en  
nom i representació de la persona dalt referenciada, segons s'acredita mitjançant  
documentació pertinent.<sup>23</sup>

#### SOL·LICITA

1.

<sup>21</sup> En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat.

<sup>22</sup> Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

<sup>23</sup> Escriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A fi d'acreditar els motius fonamentats i legítims per oposar-me al tractament apporto la documentació justificativa següent:

2.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, s'ha de fer efectiva aquesta oposició, per la qual cosa sol·licito que me la comuniquen una vegada realitzada, o bé que m'indiquen el motiu pel qual la persona o entitat responsable del tractament considera que no és procedent.

### PROTECCIÓ DE DADES

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a la que es destinaran les dades personals incloses en el present formulari serà l'administrativa, per tal de donar curs a la seva sol·licitud i únicament es tractaran pels serveis administratius de la nostra entitat i els serveis connexos interns que puguin veure's implicats arrel de la sol·licitud.

Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades prenent en consideració els terminis de prescripcions de les infraccions molt greus tipificades en la normativa de protecció de dades i, atenint-nos a les màximes garanties.



Institut  
d'Assistència  
Sanitària

## Circuit i Formularis pels Drets dels Interessats

Vostè és el responsable de la veracitat i correcció de les dades que ens lliura i té la facultat d'exercir els drets accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i d'oposició de les seves dades d'acord allò que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a Institut d'Assistència Sanitària, amb domicili al Parc Hospitalari Martí Julià, al carrer Dr. Castany, s/n, 17190 Salt (Girona), correu electrònic [atenciousuari@ias.cat](mailto:atenciousuari@ias.cat)

Així mateix, se l'informa del seu dret a retirar el consentiment prestat amb la signatura del present document en qualsevol moment, sense que aquest afecti a la licitud del tractament realitzat prèviament a la seva retirada. Per altra banda, si no està d'acord amb el tractament realitzat per l'Entitat o considera infringits els seus drets podrà presentar una reclamació en tot moment davant<sup>24</sup> l'Agència Espanyola de Protecció de dades/Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

A....., a..... de..... de 20.....

---

<sup>24</sup> Segons cada cas