



## DRET DE LIMITACIÓ DE DADES

Versió: 1 Data:16/05/2018

### Sol·licitud del dret de limitació de Equip d'Assistència Primària Vic SLP.

#### DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del tratamiento	<b>Dra. Marta Serrarols Soldevila</b>
Dirección de la empresa	<b>Passatge Pla del Remei, 10-12, 08500, Vic</b>

#### DADES DEL SOL-LICITANT

Sr./Sra. ...., major d'edat, amb domicili al carrer..... núm. ...., pis ....., 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 els articles 18 del RGPD. Pels següents motius.

---

---

---

---

---

---

---

#### DADES DEL REPRESENTANT LEGAL (En el cas que l'interessat es trobi en situació d'incapacitat / minoria d'edat)

En / Na ....., major d'edat, amb domicili al carrer ..... núm. ...., 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 (Resolució judicial o certificat del registre civil (per incapacitats) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)).

#### DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTAR

En / Na ....., major d'edat, amb domicili al carrer ..... núm. ...., 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 (Escriptura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI).



## DRET DE LIMITACIÓ DE DADES

Versió: 1 Data:16/05/2018

### SOL·LICITA.

1. – Que 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, a l'adreça a dalt indicada, una vegada realitzada la limitació.
2. - Que, en el cas que el responsable del tractament consideri que aquesta supressió no es procedent, ho comuniqui igualment, de manera motivada i dins del termini d'un mes, a l'adreça a dalt indicada.

### 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 la **Dra. Marta Serrarols Soldevila, al Passatge Pla del Remei, 10-12, 08500, Vic**, adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document acreditatiu equivalent

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 **Equip d'Assistència Primària Vic SLP** o considera infringits els seus drets podrà presentar una reclamació en tot moment davant l'Agència Espanyola de Protecció de dades o l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

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