



**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**

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

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

<b>2 DATOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA REPRESENTACIÓN LEGAL</b>	
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR
CORREO ELECTRÓNICO	
<b>3. LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>	
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.: .....	

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

<b>5 DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (*)</b>
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 ....., a .....de ..... de 201

**Firma del/la representante legal**

### 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 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"