

## SOL·LICITUD D'INFORMACIÓ SOBRE ELS ACCESSOS A LA HISTÒRIA CLÍNICA (TRAÇABILITAT)

### Dades del responsable del tractament

FUNDACIÓ HOSPITAL DE PALAMÓS - SERVEIS DE SALUT INTEGRATS BAIX  
EMPORDÀ

NIF: G17053596

Domicili social: C/ Hospital, 36, 17230 Palamós (Girona)

Web: <https://www.ssibe.cat>

Correu electrònic (UAC): [atenciociutada@ssibe.cat](mailto:atenciociutada@ssibe.cat)

Unitat gestora: Unitat d'Atenció a la Ciutadania (UAC)

### 1. Dades de la persona interessada

Nom i cognoms:

DNI/NIE/Passaport:

Domicili:

Telèfon fix: (codi país) \_\_\_\_\_ / número fix \_\_\_\_\_

Telèfon mòbil: (codi país) \_\_\_\_\_ / número mòbil \_\_\_\_\_

Correu electrònic:

### 2. Representació (si escau)

☐ La sol·licitud es fa directament per la persona interessada

☐ S'actua en qualitat de representant legal o voluntari

(adjuntar document acreditatiu de representació legal o model de representació voluntària)

☐ S'actua com a progenitor/a en exercici de la potestat parental

(Cal marcar la casella següent com a declaració responsable):

☐ Declaració responsable: Declaro sota la meva responsabilitat que no concorre cap circumstància que restringeixi o limiti, de cap forma, les facultats de representació que la potestat parental em confereix.

### 3. Informació sol·licitada

Motiu pel qual es demana la revisió d'accessos:

.....

Període de temps afectat:

.....

Centres i sistemes implicats (ABS/ECAP, Hospital, PGG-La Gavina, etc.):

.....

Persones autoritzades a accedir a la història clínica:

.....

Persones no autoritzades sobre les quals recau la sospita d'accés indegut:

.....

#### **4. Forma de recepció de la informació**

- ☐ Correu electrònic segur (plataforma Intercanvi segur SSIBE)
- ☐ Correu postal certificat
- ☐ Accés presencial prèvia cita

#### **5. Documentació que s'adjunta**

- ☐ Còpia del document identificatiu de la persona interessada
- ☐ Còpia del document identificatiu de la persona representant (si escau)
- ☐ Document acreditatiu de representació legal o voluntària (si escau)

#### **6. Informació addicional**

D'acord amb la Resolució 632/2023 de 3 d'agost de la Comissió de Garantia del Dret d'Accés a la Informació Pública, únicament els organismes públics subjectes a la Llei 19/2014, de 29 de desembre, de transparència, accés a la informació pública i bon govern, en base als seus articles 2.b, 18.1 i 20.1 estan obligats a facilitar la identitat del la persona treballadora que entra a la seva història clínica llevat que concorrin limits que puguin determinar la seva denegació.

#### **Lloc, data i signatura**

Palamós, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Signatura:

## PROTECCIÓ DE DADES

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a la qual 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 al Responsable del Tractament mitjançant l'espai informació i tràmits/Drets Reglament General de Protecció de Dades de la web de l'entitat [www.ssibe.cat](http://www.ssibe.cat) o bé a l'adreça postal Àrea Jurídica C. Hospital, 17-19, 2ª planta de Palamós (17230), adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document acreditatiu equivalent, ocultant dades no necessàries.

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 *l'Agència Espanyola de Protecció de dades/Autoritat Catalana de Protecció de Dades*.

Signatura i data,

....., a ..... de/d' ..... de 202 ...