

REPRESENTACIÓ VOLUNTÀRIA

1. DADES DE LA PERSONA REPRESENTADA

Nom i cognoms:

DNI/NIE/Passaport:

Domicili :

Telèfons:

Fix: _____ (codi país) _____ (número fix)

Mòbil: _____ (codi país) _____ (número mòbil)

Correu electrònic:

2. DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT

Nom i cognoms:

DNI/NIE/Passaport:

Domicili :

Telèfons:

Fix: _____ (codi país) _____ (número fix)

Mòbil: _____ (codi país) _____ (número mòbil)

Correu electrònic:

3. AUTORITZACIÓ

Jo, _____ AUTORITZO, expressament a _____ per a actuar com a representant voluntari/a davant de l'entitat _____¹, incloent la presentació de sol·licituds, la recepció de notificacions i qualsevol tràmit relacionat amb la gestió administrativa de les meves dades personals.

Aquesta representació inclou tant l'autorització per a fer la sol·licitud com per rebre la resposta corresponent.

4. PROTECCIÓ DE DADES I EXERCICI DE DRETS

¹ Segons escaigui, FHP-SSIBE/SSIBE,AIE/EMPORHOTEL, AIE/EMPORSIS, AIE

La persona representant queda autoritzada per a exercir en nom meu l'exercici dels drets reconeguts pel Reglament General de Protecció de Dades (RGPD) i la Llei Orgànica de Protecció de Dades i Garantia dels Drets Digitals (LOPDGDD), concretament el/s següent/s:

- ☐ Dret d'accés
 - ☐ Dret de rectificació
 - ☐ Dret de supressió
 - ☐ Dret d'oposició
 - ☐ Dret a la portabilitat de les dades (únicament en l'àmbit privat)
 - ☐ Dret a la limitació del tractament
 - ☐ Dret a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, inclòs el perfilat
 - ☐ Dret a la informació sobre els accessos a la meva història clínica (traçabilitat)
- (Marqueu amb una creu el dret que es vol exercir)

5. DOCUMENTACIÓ QUE S'ADJUNTA

- ☐ Fotocòpia del document d'identitat (DNI/NIE/passaport) de la persona interessada.
- ☐ Fotocòpia del document d'identitat (DNI/NIE/passaport) de la persona representant.

(cal adjuntar els dos documents)

6. VIGÈNCIA DE L'AUTORITZACIÓ

☐ Aquesta autorització té una vigència limitada:
Des del dia // _____ fins al // _____

☐ Aquesta autorització té caràcter indefinit, fins que no sigui revocada expressament per escrit per la persona representada.

Signatura de la persona representada

Data: // _____

Signatura de la persona representant

Data: // _____

CLÀUSULA INFORMATIVA

De conformitat amb allò establert a la normativa vigent de Protecció de Dades Personals, us informem que les dades aportades en aquest document seran tractades, en qualitat de Responsable del Tractament, per la FUNDACIÓ HOSPITAL DE PALAMÓS-SERVEIS DE SALUT INTEGRATS BAIX EMPORDÀ, SERVEIS DE SALUT INTEGRATS BAIX EMPORDÀ, AIE, EMPORHOTEL, AIE o EMPORSIS, AIE, segons s'escaigui.

La finalitat del tractament de dades és la gestió de la sol·licitud d'exercici de drets en matèria de protecció de dades personals.

La base legitimadora per la que es tracten les vostres dades és el consentiment de la persona interessada.

Així mateix, les dades seran utilitzades per enviar informació, per qualsevol mitjà, sobre les finalitats descrites.

Les vostres dades no seran cedides o comunicades a tercers, tret dels supòsits necessaris per a la deguda atenció, desenvolupament, control i compliment de les finalitats expressades, així com els supòsits previstos per la Llei.

Podreu exercir els drets d'Accés, Rectificació, Supressió, Limitació del tractament, Portabilitat de les dades o Oposició al tractament davant l'entitat, adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document acreditatiu equivalent, mitjançant l'espai [informació i tràmits/Drets Reglament General de Protecció de Dades](#) de la web de l'entitat www.ssibe.cat o bé a l'adreça postal Unitat d'Atenció al Ciutadà, C. Hospital, 17-19, 2^a planta de Palamós (17230).

Signatura de la persona representada

Signatura de la persona representant

Data: // ____

Data: // ____