

**REVOCACIÓ D'AUTORITZACIÓ AL TRACTAMENT DE DADES**

Data...../...../.....

**DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT**Responsable del Tractament: Instal·lacions Assistencials Sanitàries, SCIAS, Societat Cooperativa Catalana Limitada  
Direcció oficina: Avinguda Diagonal, 660 - 08034 Barcelona**PACIENT**Nom i cognoms .....  
Història Clínica.....  
Telèfon ..... Correu electrònic .....  
DNI ....., del qual s'acompanya fotocòpia.**SOL·LICITANT** El mateix pacient  Una altra persona**DADES DEL SOL·LICITANT** (ompli en el cas que no sigui el pacient)Nom i cognoms ....., major d'edat, amb domicili a .....  
Núm. .... pis....., Localitat..... CP ..... i  
telèfon ....., amb DNI ....., del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà  
del present escrit, en qualitat de ..... del pacient a dalt referenciat, segons s'acredita mitjançant la  
documentació pertinent.Per mitjà del present escrit, **manifesta el seu desig d'exercir el seu dret de revocació d'autorització de tractament de les seves dades personals**, d'acord amb l'article 21 del RGPD.**Documentació que s'adjunta:** DNI del pacient  DNI del sol·licitant  Llibre de família  
 Certificat de defunció  .....  .....

A fi d'acreditar els motius fonamentals i legítims per revocar l'autorització, aporto la documentació justificativa següent:

- 
- .....
- 
- 
- .....
- 
- 
- .....
- 
- 
- .....

En el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud s'ha de fer efectiva aquesta revocació, 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.

**REVOCACIÓ D'AUTORITZACIÓ AL TRACTAMENT DE DADES****PROTECCIÓ DE DADES**

En compliment del que estableix el RGPD, se l'informa que la finalitat del tractament a què 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 seran tractades 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 prescripció 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 d'accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i oposició de les seves dades d'acord amb el que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los haurà de dirigir-se per escrit al DPD de SCIAS, Av. Diagonal, 660 – 08034 Barcelona o a [dpd@scias.com](mailto:dpd@scias.com), 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 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'*Agencia Española de Protección de Datos* /Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

Barcelona, a ..... d ..... de .....

Signatura del pacient

Signatura del sol·licitant (en cas que no sigui el pacient)

Nom .....

Nom .....

DNI .....

DNI .....