Formulaire

Demande d'exercice des droits relatifs à la protection des données personnelles

Vous disposez de droits Informatique et Libertés sur les données vous concernant, vous pouvez les exercer en adressant une demande écrite à la Direction de l'Hôpital à l'aide de ce formulaire.

Nom de naissance : _____

Nom :_____Prénom : _____

Date de naissance : __ __ //__ __ //__ __ __ __ //

Adresse :_____

_____

Téléphone : ____ ____ ____ ____ ____

Courriel : _____

Patient(e) de l'hôpital Saint Camille : oui ☐ non ☐

Date du dernier passage dans l'établissement : __ __/__ __// __ __//

Service concerné : _____

Si vous n'êtes pas le patient, veuillez indiquer :

Nom :

_____

Prénom :

_____

Lien de parenté :

_____

Adresse : _____

_____

_____

Téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Courriel : _____

Je souhaite exercer mon droit ***(précisez lequel cf note d'information)*** : _____

_____

sur les données personnelles suivantes : _____

_____

collectées dans le service (précisez lequel) :_____

le (date) : __ __ /__ __ // __ __ //

Afin de préserver la confidentialité de vos informations, et donc de vous protéger, nous prendrons la précaution de vérifier votre identité avant de vous donner l'accès à vos données personnelles.

☐ *Je suis la personne concernée par la demande → je joins une pièce justificative de mon identité.*

☐ *Je suis représentant légal, tuteur/curateur d'un tiers → je joins le mandat de protection, ma pièce d'identité et celle de la personne concernée par la demande.*

☐ *Je suis ayant-droit → je joins la preuve de mon statut (copie du document notarié ou de l'état civil) et une pièce d'identité.*

Les informations recueillies à partir de ce formulaire permettent le traitement de votre demande. Elles sont enregistrées et transmises aux services concernés. Elles seront conservées 3 ans.
Après vérification de vos pièces, et si votre demande est suffisamment précise, nous vous adresserons un courrier en accusant réception. Une réponse sera ensuite apportée à votre demande, si possible dans le délai d'un mois (2 mois au plus tard.) Dans le cas contraire, vous recevrez une demande de précisions ou de pièces complémentaires.

Fait à Bry-Sur-Marne, le __ __/__ __// __ __ __ __//

Signature :