## FORMULARIOS DE EJERCIO DE DERECHOS DE PROTECCIÓN DE DATOS

## FORMULARIO GENERAL SOLICITUD DERECHOS

**DATOS DEL SOLICITANTE**

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia,

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** (si procede)

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia, actuando en representación del interesado, como acredita el documento anexo,

Por medio del presente escrito, manifiesta el deseo de ejercer, conforme a la normativa vigente en materia de datos de carácter personal:

[ ]  El derecho de acceso.

[ ]  El derecho de rectificación.

[ ]  El derecho de supresión (derecho al olvido).

[ ]  El derecho a la limitación del tratamiento.

[ ]  El derecho a la portabilidad de los datos.

[ ]  El derecho de oposición.

[ ]  El derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, incluida la elaboración de perfiles.

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

(Firma del solicitante)

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con la normativa vigente de protección de datos le facilitamos la siguiente información sobre el tratamiento. Responsable: FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARÍA, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS. NIF: R2800123H. Dirección: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid. Mail: hsfda@hsfda.com. Contacto DPD: dpd@hsfda.com. Finalidad: Gestionar su solicitud de ejercicio de derechos. Legitimación: Obligación legal, de atender su solicitud. Plazo de conservación: Hasta la resolución de su solicitud y durante los plazos de prescripción de las posibles responsabilidades que se pudieran derivar del tratamiento de los datos. Derechos que le asisten: acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, así como el de reclamar ante la Autoridad de Control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Contacto ejercicio derechos: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid y dpd@hsfda.com.

FORMULARIO DE EJERCICIO DEL DERECHO DE ACCESO

**DATOS DEL SOLICITANTE**

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia,

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** (si procede)

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia, actuando en representación del interesado, como acredita el documento anexo,

Por medio del presente escrito, manifiesta el deseo de ejercer el derecho de acceso, de conformidad con lo previsto en el artículo 15 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

**SOLICITO**

Que se me facilite gratuitamente el derecho de acceso por ese responsable en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se remita, a la dirección arriba indicada, la siguiente información:

-Copia de mis datos personales que son objeto de tratamiento.

-Los fines del tratamiento, así como las categorías de datos personales que se traten.

-Los destinatarios o categorías de destinarios a los que se han comunicado mis datos personales, o serán comunicados, incluyendo, en su caso, destinatarios en terceros u organizaciones internacionales.

-Información sobre las garantías adecuadas relativas a la transferencia de mis datos a un tercer país o a una organización internacional, en su caso.

-El plazo previsto de conservación, o de no ser posible, los criterios para determinar este plazo.

-Si existen decisiones automatizadas, incluyendo la elaboración de perfiles, información significativa sobre la lógica aplicada, así como la importancia y consecuencias previstas de dicho tratamiento.

 -Si mis datos personales no se han obtenido directamente de mí, la información disponible sobre su origen.

-La existencia del derecho a solicitar la rectificación, supresión o limitación del tratamiento de mis datos personales, o a oponerme a dicho tratamiento.

-El derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

En ............................a.........de...........................de 20......

(Firma del solicitante)

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con la normativa vigente de protección de datos le facilitamos la siguiente información sobre el tratamiento. Responsable: FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARÍA, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS. NIF: R2800123H. Dirección: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid. Mail: hsfda@hsfda.com. Contacto DPD: dpd@hsfda.com. Finalidad: Gestionar su solicitud de ejercicio de derechos. Legitimación: Obligación legal, de atender su solicitud. Plazo de conservación: Hasta la resolución de su solicitud y durante los plazos de prescripción de las posibles responsabilidades que se pudieran derivar del tratamiento de los datos. Derechos que le asisten: acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, así como el de reclamar ante la Autoridad de Control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Contacto ejercicio derechos: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid y dpd@hsfda.com.

FORMULARIO DE EJERCICIO DEL DERECHO DE RECTIFICACIÓN

**DATOS DEL SOLICITANTE**

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia,

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** (si procede)

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia, actuando en representación del interesado, como acredita el documento anexo,

Por medio del presente escrito ejerce el derecho de rectificación, de conformidad con lo previsto en el artículo 16 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

**SOLICITO**

Que se proceda a acordar la rectificación de los datos personales, que se realice en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la rectificación practicada.

Datos sobre los que solicito el derecho de rectificación: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar la rectificación solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda.

Asimismo, en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta rectificación a los mismos.

En ............................a.........de...........................de 20......

(Firma del solicitante)

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con la normativa vigente de protección de datos le facilitamos la siguiente información sobre el tratamiento. Responsable: FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARÍA, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS. NIF: R2800123H. Dirección: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid. Mail: hsfda@hsfda.com. Contacto DPD: dpd@hsfda.com. Finalidad: Gestionar su solicitud de ejercicio de derechos. Legitimación: Obligación legal, de atender su solicitud. Plazo de conservación: Hasta la resolución de su solicitud y durante los plazos de prescripción de las posibles responsabilidades que se pudieran derivar del tratamiento de los datos. Derechos que le asisten: acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, así como el de reclamar ante la Autoridad de Control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Contacto ejercicio derechos: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid y dpd@hsfda.com.

**FORMULARIO DE EJERCICIO DEL DERECHO DE OPOSICIÓN**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia,

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** (si procede)

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia, actuando en representación del interesado, como acredita el documento anexo. Por medio del presente escrito, ejerce el derecho de oposición previsto en el artículo 21 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

**SOLICITO**

La oposición al tratamiento de mis datos personales, teniendo en consideración que:

El tratamiento de mis datos personales se basa en una misión de interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento, debiendo limitarse el tratamiento de los mismos hasta que obtenga respuesta del ejercicio de este derecho.

El tratamiento de mis datos personales se basa en la satisfacción de intereses legítimos perseguidos por el responsable del tratamiento o un tercero, debiendo limitarse el tratamiento de los mismos hasta que se obtenga respuesta del ejercicio de este derecho.

El tratamiento de mis datos personales se está realizando con fines de investigación científica o histórica o fines estadísticos.

Sin perjuicio de que corresponde al responsable del tratamiento acreditar motivos legítimos imperiosos que prevalezcan sobre mis intereses, derechos y libertades (en los dos primeros supuestos), o una misión realizada en interés público (en el tercer supuesto), acredito como situación personal para oponerme al tratamiento de mis datos personales ……………………………………………………………………………

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de un mes.

En ............................a.........de...........................de 20......

(Firma del solicitante)

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con la normativa vigente de protección de datos le facilitamos la siguiente información sobre el tratamiento. Responsable: FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARÍA, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS. NIF: R2800123H. Dirección: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid. Mail: hsfda@hsfda.com. Contacto DPD: dpd@hsfda.com. Finalidad: Gestionar su solicitud de ejercicio de derechos. Legitimación: Obligación legal, de atender su solicitud. Plazo de conservación: Hasta la resolución de su solicitud y durante los plazos de prescripción de las posibles responsabilidades que se pudieran derivar del tratamiento de los datos. Derechos que le asisten: acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, así como el de reclamar ante la Autoridad de Control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Contacto ejercicio derechos: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid y dpd@hsfda.com.

**FORMULARIO DE EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia,

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** (si procede)

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia, actuando en representación del interesado, como acredita el documento anexo,

Por medio del presente escrito, manifiesta el deseo de ejercer el derecho de supresión, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

**SOLICITO**

Que se proceda a acordar la supresión de mis datos personales en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada.

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar total o parcialmente la supresión solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda.

Que en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados a otros responsables del tratamiento, se comunique esta supresión.

En ............................a.........de...........................de 20......

(Firma del solicitante)

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con la normativa vigente de protección de datos le facilitamos la siguiente información sobre el tratamiento. Responsable: FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARÍA, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS. NIF: R2800123H. Dirección: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid. Mail: hsfda@hsfda.com. Contacto DPD: dpd@hsfda.com. Finalidad: Gestionar su solicitud de ejercicio de derechos. Legitimación: Obligación legal, de atender su solicitud. Plazo de conservación: Hasta la resolución de su solicitud y durante los plazos de prescripción de las posibles responsabilidades que se pudieran derivar del tratamiento de los datos. Derechos que le asisten: acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, así como el de reclamar ante la Autoridad de Control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Contacto ejercicio derechos: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid y dpd@hsfda.com.

## FORMULARIO DE EJERCICIO DEL DERECHO DE LIMITACIÓN

**DATOS DEL SOLICITANTE**

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia,

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** (si procede)

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia, actuando en representación del interesado, como acredita el documento anexo,

Por medio del presente escrito, manifiesta el deseo de ejercer el derecho de limitación, de conformidad con lo previsto en el artículo 18 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

**SOLICITO**

Que se limite el tratamiento de mis datos personales, teniendo en consideración:

Que el tratamiento es ilícito y me opongo a su supresión.

Que el responsable ya no necesita mis datos personales para los fines para los cuales fueron recabados, pero los necesito para la formulación, ejercicio o defensa de mis reclamaciones.

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de un mes, y que se comunique esta limitación a cada uno de los destinatarios que ese responsable del tratamiento haya comunicado mis datos personales.

En ............................a.........de...........................de 20......

(Firma del solicitante)

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con la normativa vigente de protección de datos le facilitamos la siguiente información sobre el tratamiento. Responsable: FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARÍA, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS. NIF: R2800123H. Dirección: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid. Mail: hsfda@hsfda.com. Contacto DPD: dpd@hsfda.com. Finalidad: Gestionar su solicitud de ejercicio de derechos. Legitimación: Obligación legal, de atender su solicitud. Plazo de conservación: Hasta la resolución de su solicitud y durante los plazos de prescripción de las posibles responsabilidades que se pudieran derivar del tratamiento de los datos. Derechos que le asisten: acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, así como el de reclamar ante la Autoridad de Control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Contacto ejercicio derechos: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid y dpd@hsfda.com.

## FORMULARIO DE EJERCICIO DEL DERECHO DE PORTABILIDAD

**DATOS DEL SOLICITANTE**

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia,

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** (si procede)

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia, actuando en representación del interesado, como acredita el documento anexo,

Por medio del presente escrito, ejerce el derecho a la portabilidad de los datos, de conformidad con lo previsto en el artículo 20 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

**SOLICITO**

Que se me faciliten en el plazo de un mes mis datos personales en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica.

En su caso, que los citados datos personales sean transmitidos directamente al responsable ………………………………………(especifíquese nombre o razón social), siempre que sea técnicamente posible.

En ............................a.........de...........................de 20......

(Firma del solicitante)

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con la normativa vigente de protección de datos le facilitamos la siguiente información sobre el tratamiento. Responsable: FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARÍA, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS. NIF: R2800123H. Dirección: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid. Mail: hsfda@hsfda.com. Contacto DPD: dpd@hsfda.com. Finalidad: Gestionar su solicitud de ejercicio de derechos. Legitimación: Obligación legal, de atender su solicitud. Plazo de conservación: Hasta la resolución de su solicitud y durante los plazos de prescripción de las posibles responsabilidades que se pudieran derivar del tratamiento de los datos. Derechos que le asisten: acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, así como el de reclamar ante la Autoridad de Control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Contacto ejercicio derechos: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid y dpd@hsfda.com.

## FORMULARIO DE EJERCICIO DEL DEL DERECHO A NO SER OBJETO DE DECISIONES INDIVIDUALES AUTOMATIZADAS

**DATOS DEL SOLICITANTE**

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia,

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** (si procede)

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia, actuando en representación del interesado, como acredita el documento anexo,

Por medio del presente escrito ejerce el derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas previsto en el artículo 22 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

**SOLICITO**

No ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles, que me produzca efectos jurídicos o me afecte significativamente de modo similar, en particular en los siguientes aspectos:

Que se adopten las medidas necesarias para salvaguardar mis derechos y libertades, así como mis intereses legítimos, el derecho a la intervención humana y que pueda exponer mi punto de vista e impugnar la decisión, todo ello en el supuesto de que el tratamiento de mis datos personales se fundamente en la celebración o ejecución de un contrato, o bien en mi consentimiento explícito.

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de un mes.

En ............................a.........de...........................de 20......

(Firma del solicitante)

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con la normativa vigente de protección de datos le facilitamos la siguiente información sobre el tratamiento. Responsable: FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARÍA, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS. NIF: R2800123H. Dirección: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid. Mail: hsfda@hsfda.com. Contacto DPD: dpd@hsfda.com. Finalidad: Gestionar su solicitud de ejercicio de derechos. Legitimación: Obligación legal, de atender su solicitud. Plazo de conservación: Hasta la resolución de su solicitud y durante los plazos de prescripción de las posibles responsabilidades que se pudieran derivar del tratamiento de los datos. Derechos que le asisten: acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, así como el de reclamar ante la Autoridad de Control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Contacto ejercicio derechos: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid y dpd@hsfda.com.