**ANEXO**

**EJERCICIO DEL DERECHO DE RECTIFICACIÓN DE LOS DATOS SANITARIOS.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (INTERESADA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE | | | | Número de documento: | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Nombre:* |  | | | | | *1º Apellido:* | | | |  | | | | | *2º Apellido:* | |  | |  |
| En calidad de: Solicitante  Representante  Tutor  Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | |  | | |  | | Población: | | |  | | |  |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Teléfono fijo: |  |  | Teléfono móvil |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fax: |  | |  | | | |  | | Correo electrónico: | | | | |  | | | |  | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (si es representante o tutor legal deberá acreditarse legalmente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE | | | | Número de documento: | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Nombre:* |  | | | | | *1º Apellido:* | | | |  | | | | | *2º Apellido:* | |  | |  |
| En calidad de: Representante  Tutor  Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | |  | | |  | | Población: | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | | | |  | | Correo electrónico: | | | | |  | | | |  | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal (Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).  Notificación electrónica (Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos.) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| Por medio del presente escrito ejerzo el derecho de rectificación de los datos sanitarios, de conformidad con lo previsto en el artículo 16 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD) y el artículo 14 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.  **Solicito**:  La rectificación de los datos sanitarios, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la rectificación practicada.  Datos sobre los que solicito el derecho de rectificación:  **1.-**  **2.-**  **3.-**  **4.-**  **5.-**  Asimismo, en caso de que mis datos sanitarios hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta rectificación a los mismos. |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración Pública salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los datos acreditativos de identidad, salvo que marque expresamente:  **Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de identidad.**  En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección Gerencia Sescam. |
| **Finalidad** | Gestión de las Historias Clínicas de los Pacientes del SESCAM |
| **Legitimación** | - Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) UE 2016/679 (Art. 6.1 e) de 27 de abril de 2016.  - Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD).  - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.  - Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios** | No existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: <https://rat.castillalamancha.es/info/1154> |

En      a      de      de      .

(Firma)

**TITULAR DE LA**