**ANEXO**

**EJERCICIO DEL DERECHO DE OPOSICIÓN AL TRATAMIENTO DE**

**DATOS PERSONALES 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 oposición al tratamiento de los datos sanitarios, de conformidad con lo previsto en el artículo 21 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD) y el artículo 18 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.  **Solicito**:  La oposición al tratamiento de los datos sanitarios, teniendo en consideración que:  El tratamiento de los datos sanitarios 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 los datos sanitarios se basa en la satisfacción de intereses legítimos perseguidos por un tercero, debiendo limitarse el tratamiento de los mismos hasta que se obtenga respuesta del ejercicio de este derecho.  El tratamiento de los datos personales se está realizando con fines de investigación científica o histórica o fines estadísticos.  Para ello, acredito como situación personal para oponerme al tratamiento de los datos personales. |

|  |
| --- |
| **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 que se haya opuesto, debe aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 GERENCIA DE**