**EJERCICIO DEL DERECHO A LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO.**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.** |
| **SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA.****ÓRGANO GESTOR RESPONSABLE (Gerencia, Dirección General):****NOMBRE DEL TRATAMIENTO O FINALIDAD:** |

|  |
| --- |
| **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.) |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
| Por medio del presente escrito ejerzo el derecho de limitación, de conformidad con lo previsto en el artículo 18 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD) y el artículo 16 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.**Solicito**:Que se limite el tratamiento de los 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. |

|  |
| --- |
| **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 derechos relacionados con la protección de datos ejercidos por los ciudadanos en el ámbito del SESCAM. |
| **Legitimación** | Ejercicio de Poderes Públicos. - 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). |
| **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/1831> |

En      a      de      de 20     .

(Firma)

**TITULAR DE LA GERENCIA DE**