**ANEXO**

**EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN 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.) |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
| Por medio del presente escrito ejerzo el derecho de supresión de los datos sanitarios, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD) y el artículo 15 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.**Solicito**  [ ]  Que se proceda a acordar la supresión de los datos personales en los siguientes Tratamientos:1.
2.
3.
4.

Que en caso de que los datos sanitarios hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta supresión. |

|  |
| --- |
| **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**