

## Protection des données personnelles

FT-RGPD-1102-01-A

Formulaire de demande d'exercice des droits pour une personne concernée par un traitement de données à caractère personnel des Hôpitaux de Corrèze

17/10/2024

### Formulaire de demande d'exercice des droits pour une personne concernée par un traitement de données à caractère personnel des Hôpitaux de Corrèze

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général à la Protection des Données RGPD n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données personnelles ou encore de limitation de leur traitement. Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. **Exemple de traitement de vos données : la télémédecine, la réutilisation de vos données dans le cadre de travaux d'études et de recherche clinique, le partage de vos données sur des plateformes nationales (Dossier Médical Partagé) ou avec d'autres établissements de santé, etc.** Pour plus d'information sur le traitement de vos données, vous pouvez vous rendre sur le site web de chaque établissement : Rubrique « Portail de transparence ».

Ce formulaire concerne le traitement de données mis en œuvre par les Hôpitaux de Corrèze dont chaque Directeur de site est responsable de traitement.

**Ce formulaire ne concerne pas les demandes de copie intégrale du dossier médical.**

#### IDENTITE DU DEMANDEUR

*Les données personnelles collectées par ce formulaire ont pour seule finalité l'exercice des droits de la personne concernée et seront transmises au personnel du CH concerné chargé de cette procédure.*

Nom et prénom de naissance du demandeur : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

N° de téléphone (nécessaire pour vous appeler si difficulté) : .....

Email : .....

Agissant en tant que :

Propriétaire des données (patient /autres)

Représentant légal (père, mère, tuteur)

Si vous êtes représentant légal mentionner l'identité du propriétaire des données :

.....

Ayant droit

Si vous êtes ayant droit mentionner l'identité du propriétaire des données :

.....

#### INFORMATION SUR LA DEMANDE

La demande concerne le traitement suivant : .....

.....

Autres informations permettant d'identifier le traitement (l'établissement ayant assuré la prise en charge, le service, etc) : .....

.....

#### LE DROIT QUE JE SOUHAITE EXERCER

*En application des articles 15 à 20 du Règlement Européen du 27 avril 2016 n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données*

Je souhaite exercer mon/mes droit(s) : (veuillez cocher les cases concernées)

**D'accès à mes données à caractère personnel**

## Protection des données personnelles

FT-RGPD-1102-01-A

**Formulaire de demande d'exercice des droits pour une personne concernée par un traitement de données à caractère personnel des Hôpitaux de Corrèze**

17/10/2024

**De rectification de mes données à caractère personnel**

*Veillez préciser les informations que vous souhaitez rectifier*

.....  
.....  
.....

**À l'effacement de mes données à caractère personnel**

*Veillez préciser le motif parmi les suivants :*

- Vos données ne sont pas ou plus nécessaires au regard des objectifs pour lesquelles elles ont été initialement collectées ou traitées ;
- Vous retirez votre consentement à l'utilisation de vos données ;
- Vos données font l'objet d'un traitement illicite ;
- Vos données doivent être effacées pour respecter une obligation légale ;
- Vous vous opposez au traitement de vos données et nous n'avons pas de motif légitime ou impérieux pour ne pas donner suite à cette demande.

**À la limitation du traitement de mes données à caractère personnel**

.....  
.....

**D'opposition à un traitement de mes données à caractère personnel pour des raisons tenant à ma situation particulière :**

.....  
.....  
.....

Le présent formulaire dûment rempli et signé, doit être accompagné, dans tous les cas d'un justificatif d'identité en vigueur du demandeur ainsi que :

- ⇒ Pour les représentants légaux d'un mineur, d'une copie de tout document attestant de leur autorité parentale (livret de famille, jugement, ...).
- ⇒ Pour les représentants légaux d'un majeur sous tutelle, d'une copie du jugement leur confiant la tutelle.
- ⇒ Pour les ayants droit d'une personne décédée, d'une copie du livret de famille

**La réponse à votre demande vous parviendra dans les meilleurs délais par courrier postal à l'adresse indiquée dans le présent formulaire et au maximum dans un délai de 1 mois, conformément au RGPD. Pour des raisons de sécurité et de confidentialité, les Hôpitaux de Corrèze ne communiquent pas vos données personnelles de santé au travers des messageries électroniques non sécurisées.**

**Formulaire à remplir et à renvoyer avec les pièces justificatives**

**demandées :** Par mail à : [dpo@ch-correze.fr](mailto:dpo@ch-correze.fr)

Ou sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier du Brive  
À l'attention de DPO - Direction Générale  
Boulevard du Docteur Verlhac  
19100 Brive la Gaillarde

Date : -----/-----/-----

Signature : -----