

FORMULAIRE D'EXERCICE DE DROIT SUR LES DONNEES PERSONNELLES AU TITRE DU RGPD ET DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Ce formulaire, mis en place dans le cadre du Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD), vous permet de d'exercer vos droits sur les données personnelles vous concernant faisant l'objet d'un traitement par le Centre Hospitalier de PAU.

Ce document a pour objectif de vous aider à formuler vos demandes, il doit être renvoyé complété et signé à l'adresse suivante:
Délégué à la Protection des Données – Direction Qualité et Gestion des Risques - Centre Hospitalier de PAU – 4 boulevard Hauterive – 64046 PAU Cedex ou par courriel à dpo@ch-pau.fr

Identification du demandeur

**Les données personnelles associées à un astérisque sont obligatoires, si vous ne nous les communiquez pas, nous ne pourrons pas traiter votre demande.*

Civilité*: Madame Monsieur
Nom de naissance* : _____ Prénom* : _____
Courrier électronique : _____
Téléphone* : _____
Adresse postale* : _____
Code postal* : _____ Ville* : _____
Pays* : _____
Etablissement de prise en charge* : _____

Droit que je souhaite exercer

En application 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 droit (merci de bien vouloir cocher la/les case(s) nécessaire(s)).

Type d'exercice de droit souhaité* :

Afin d'étudier votre demande, veuillez renseigner les raisons permettant de justifier votre demande* :

Pièce justificative

Veillez joindre à votre demande une photocopie de la /les pièce(s) suivante(s)

Un justificatif d'identité (Carte Nationale d'identité ou passeport)

Dans le cas de la carte nationale d'identité, une photocopie recto-verso doit être fournie.

Joindre également le justificatif d'identité du responsable légal si la demande concerne un mineur ou un majeur protégé

La bonne réception de votre demande vous sera notifiée par voie électronique (si renseignée ci-dessus). L'établissement de prise en charge vous fera parvenir sa réponse dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la réception de votre demande (article 12.3 du RGPD).

Pour des raisons de sécurité et de confidentialité, L'établissement ne communique pas vos informations personnelles de santé à travers des messageries électroniques publiques non chiffrées.

Les données personnelles recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement par le Centre Hospitalier de PAU. Les données personnelles assorties d'un astérisque sont obligatoires, si vous ne nous les communiquez pas, alors nous ne pourrons pas traiter votre demande. Ce traitement a pour objet la gestion des demandes d'exercice de droit. Il nous permet de recevoir, gérer et suivre les demandes, en liaison avec les services concernés; Conserver un historique des demandes et des réponses apportées; Élaborer des données d'activité (statistiques). Ce traitement est nécessaire au respect des obligations légales et réglementaires auxquelles nous sommes soumis. Ces informations pourront être transmises en interne à l'ensemble des services susceptibles d'intervenir dans le traitement de votre demande. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union Européenne. Elles seront conservées pendant un (1) an à compter de la fin de l'année civile de votre demande. Les pièces justificatives (pièce d'identité et autres documents) seront détruites après traitement de la demande. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité compétente en matière de données à caractère personnel à savoir en France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Fait à : _____

Date : _____

Signature : _____