



## EXERCICI DEL DRET DE LIMITACIÓ

### DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Responsable del tractament: Fundació Centres Assistencials i d'Urgències  
Adreça de l'Oficina d'Accés: C/ Joan Maragall, 1, Tarragona, 43003

### DADES DEL SOL·LICITANT

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, major d'edat,  
amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, Localitat  
\_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ amb  
telèfon \_\_\_\_\_ i DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya fotocòpia, per mitjà  
del present escrit, manifesta el seu desig d'exercir el seu dret de limitació, de conformitat amb  
l'article 18 del RGPD. *(La persona sol·licitant ha d'exposar el supòsit pel qual sol·licita la  
limitació)*

### <sup>1</sup>DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat \_\_\_\_\_  
Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya  
fotocòpia, per mitjà del present escrit, en nom i representació de la persona dalt referenciada,  
segons s'acredita mitjançant documentació pertinent<sup>2</sup>.

### DADES DEL REPRESENTANT VOLUNTARI

En / Na \_\_\_\_\_, major d'edat, amb domicili a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_, Localitat \_\_\_\_\_  
Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, del qual s'acompanya  
fotocòpia, per mitjà del present escrit, en nom i representació de la persona dalt referenciada,  
segons s'acredita mitjançant documentació pertinent.<sup>3</sup>

**Dades a les quals fa referència la sol·licitud de limitació del tractament de dades personals**  
(congelació o bloqueig temporal)

---

---

---

<sup>1</sup> En el cas que l'interessat es trobi assistit o sigui menor d'edat.

<sup>2</sup> Resolució judicial o notarial o certificat del registre civil (per situacions d'assistència) o llibre de família o certificat del registre civil (per menors)

<sup>3</sup> Escritura d'apoderament o autorització signada pel representat junt amb còpia del seu DNI.



Motius fonamentats i legítims, per sol·licitar la limitació al tractament d'aquestes dades de salut:

- S'ha impugnat l'exactitud o s'ha tramitat petició d'oposició. La limitació es mantindrà fins que es verifiquin els motius.
- S'està fent un tractament il·lícit de les dades però com a interessat no les vull suprimir.
- Ja no són necessàries però com a interessat no les vull suprimir.

En el seu cas, a la fi d'acreditar el compliment de la condició de l'article 18 del RGPD apporto la documentació justificativa següent (opcional):

---

---

---

En el termini d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, s'ha de fer efectiva aquesta limitació, per la qual cosa sol·licito que m'ho comuniquen una vegada realitzada, o bé que m'indiquen el motiu pel qual la persona o entitat responsable del tractament considera que no és procedent.

#### **PROTECCIÓ DE DADES**

En compliment del que estableix el RGPD, se us informa que la finalitat del tractament a la que es destinaran les dades personals incloses en el present formulari serà l'administrativa, per tal de donar curs a la seva sol·licitud i únicament es tractaran pels serveis administratius de la nostra entitat i els serveis connexos interns que puguin veure's implicats arrel de la sol·licitud.

Les dades proporcionades, especialment la present sol·licitud, seran conservades prenent en consideració els terminis de prescripcions de les infraccions molt greus tipificades en la normativa de protecció de dades i, atenint-nos a les màximes garanties.

Vostè és el responsable de la veracitat i correcció de les dades que ens lliura i teniu la facultat d'exercir els drets accés, rectificació, supressió, limitació al tractament, portabilitat i d'oposició de les seves dades d'acord amb allò que disposa la normativa en matèria de protecció de dades. Per a exercir-los, haureu de dirigir-vos per escrit a la Fundació Centres Assistencials i d'Urgències, al Carrer Joan Maragall, 1, 43003, Tarragona, presencialment al Punt d'Atenció a l'Usuari de la Xarxa Santa Tecla Sanitària Social i Docent o qualsevol dels taulells dels nostres centres, o per correu electrònic a [protecciondades@xarxatecla.cat](mailto:protecciondades@xarxatecla.cat), adjuntant una fotocòpia del vostre DNI o document acreditatiu equivalent.

Així mateix, se us informa del vostre dret a retirar el consentiment prestat amb la signatura d'aquest document en qualsevol moment, sense que aquest afecti a la licitud del tractament realitzat prèviament a la seva retirada. Per altra banda, si no esteu d'acord amb el tractament realitzat per l'Entitat o considereu infringits els vostres drets podreu presentar una reclamació en tot moment davant l'Autoritat catalana de protecció de dades.

A....., a..... de..... de 20.....