

Formulaire demande d'exercice des droits pour une personne concernée par un traitement de Données à Caractère personnel du Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB)

Toute personne concernée par un traitement de Données à Caractère Personnel dispose de droits. Pour les exercer, la personne peut ou doit en premier lieu :

- S'il existe, utiliser un service en ligne qui permet de corriger ou supprimer ses données en toute autonomie,
- S'adresser au Responsable du Traitement car il est le seul à décider d'agir sur les données.

Toutefois, si la personne concernée n'arrive pas à exercer ses droits par ce biais, ou à identifier le Responsable du Traitement, le CHCB mettra en œuvre les moyens nécessaires pour transmettre cette demande d'exercice au Responsable du Traitement.

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 CHCB chargé de cette procédure.

Dans le cas de demande d'accès à des données de santé patient, veuillez utiliser le xxxxxxxxxxxx :

1. Identité du demandeur

Je soussigné (e) Mme ou M (Nom, prénom, nom de jeune fille)

.....

Né(e) le/...../.....

Domicilié(e)

.....

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

.....

Agissant en tant que :

- ☐ Propriétaire des données
- ☐ Représentant légal (père, mère, tuteur)
- ☐ Ayant droit

Mme ou M (Nom, prénom, nom de jeune fille)

.....

.....

Né(e) le/...../.....

Domicilié(e).....

3. Demande

Nom de l'utilisateur du CHCB ou autres informations permettant d'identifier le responsable du traitement (URL de site web, adresse IP, numéro de téléphone...)

.....

Identifiant(s) ou autres données facilitant la recherche du dossier

.....

Type de demande :

- ☐ Information
- ☐ Accès
- ☐ Rectification
- ☐ Effacement
- ☐ Limitation
- ☐ Opposition

Objet de la demande :

[illegible]

Le présent formulaire dûment rempli et signé, doit être accompagné, dans tous les cas de la photocopie d'identité 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 faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et la personne et à l'exception du conjoint et des enfants, d'une copie de tout document attestant de la qualité d'ayants droit (attestation notariale...).

Dès réception par le CHCB, et si la demande est recevable, le DPO du CHCB instruira la demande.

Date : Signature

FORMULAIRE A REMPLIR ET A RENVOYER AVEC LES PIECES JUSTIFICATIVES DEMANDEES

Par voie postale à :

Contact-dpo@ch-cotebasque.fr

Ou sous pli confidentiel à :

Centre Hospitalier de la Côte Basque
A l'attention du DPO
13, avenue de l'interne Jacques Loëb
64 100 BAYONNE