

>> 1. Renseignements administratifs de la personne concernée

Nom de naissance –Prénom : _____

Nom marital : _____

Votre profil : Patient Visiteur Salarié Autre : _____

Adresse actuelle : _____

N° de téléphone : _____ Mail : _____

Les données personnelles collectées ne serviront qu'à répondre à votre demande. Elles seront détruites après le délai réglementaire de 5 ans.

>> 2. Exercice des droits

Je souhaite exercer mon droit sur l'établissement de santé :

- Centre Hospitalier Alpes Léman EPSM 74 Hôpitaux du Léman Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc
 Hôpital Andrevetan Hôpital Départemental Dufresne Sommeiller Hôpital Départemental de Reignier

Je souhaite exercer mon droit (veuillez cocher la case correspondante) :

- D'accès à mes données à caractère personnel (Hors communication du dossier médical), précisez le type d'accès, dates éventuelles, ... :

- De rectification de mes données à caractère personnel (*veuillez indiquer les informations que vous souhaitez rectifier ainsi que le motif*)

- A l'effacement de mes données à caractère personnel

Veuillez indiquer le motif :

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 ont fait 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.

Veuillez indiquer les traitements et/ou les données à caractère personnel concernés par cette demande:

- A la limitation du traitement de mes données à caractère personnel (*veuillez indiquer les informations que vous souhaitez limiter*)

D'opposition à un traitement de mes données personnelles pour des raisons tenant à ma situation particulière. Afin d'étudier votre demande, veuillez renseigner les raisons permettant de justifier votre opposition

À la portabilité de mes données à caractère personnel : Vous demandez que vos données à caractère personnel soient transmises à un autre Responsable du traitement.
Veuillez indiquer les traitements et/ou les données à caractère personnel concernés par cette demande et les coordonnées du Responsable du traitement à qui vos données à caractère personnel doivent être transmises :

> 3. Copie des justificatifs à nous fournir pour pouvoir accéder aux informations

Demande directe à ses données	Tuteur	Détenant de l'autorité parentale	Détenant
> Pièce d'identité en cours de validité (Carte d'identité Nationale Recto-Verso, Passeport)	> Pièce d'identité du demandeur en cours de validité (Carte d'identité Nationale Recto-Verso, Passeport) > Ordonnance de tutelle	> Pièce d'identité en cours de validité du demandeur (Carte d'identité Nationale Recto-Verso, Passeport) > Livret de famille : extrait de mariage des parents et extrait de naissance de l'enfant >Ordonnance, jugement ou arrêt rendu : Parents divorcés ou séparés de corps	> Pièce Recto-V Permis > Livret extrait d >Ordonn : Parent

>> 4. Facturation

Le RGPD prévoit un principe de gratuité pour les copies fournies dans le cadre d'une demande (article 12.5).
Toutefois en cas de demande de copies supplémentaires ou de demande manifestement infondée ou excessive, l'établissement se réserve le droit de demander le paiement des frais raisonnables basés sur les coûts administratifs du Code de la Santé Publique (Art. 1111).

>> 5. Modalités de communication

Vous souhaitez accéder à vos données personnelles par :

- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception à votre adresse
- Récupération directe – sur rendez-vous
- Par email sécurisé (pour cela vous devrez nous communiquer votre adresse mail – pour le lien sécurisé

ET votre numéro de téléphone – pour le mot de passe)

>> 7. Signature du demandeur

A _____ Le ____ / ____ / ____

Signature :