##### **AUTORITZACIÓ**

##### **SOL·LICITUD I RECOLLIDA HISTÒRIA CLÍNICA**

##### El/La PACIENT Sr/Sra................................................................................................, amb DNI o document equivalent vàlid que l’identifiqui..................................................., **AUTORITZA** al Sr/Sra/................................................................................................, amb DNI, CIF o document equivalent vàlid que l’identifiqui...................................................., a sol·licitar/recollir còpia de la documentació de la meva Història clínica.

##### **SOL·LICITAR**

##### **RECOLLIR**

Nom, i signatura titular Nom, i signatura persona autoritzada

##### \*Cal adjuntar còpia del DNI o document equivalent vàlid que l’identifiqui, tant del titular com de la persona autoritzada.

La Fundació de Gestió Sanitaria de l’Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en compliment del Reglament (UE) núm. 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46 / CE l’informa que tractarà les seves dades amb la finalitat de gestionar la seva petició. Pot exercir el dret d’accés, rectificació, supressió, oposició, limitació i portabilitat dirigint-se al Servei d’Atenció a l’Usuari, Sant Quintí 89, 08041 de Barcelona. Pot trobar la informació ampliada a <https://www.santpau.cat/web/public/informacio-addicional-sobre-proteccio-de-dades>