

HERMANAS HOSPITALARIAS
BENITO MENNI CASM
C/ Dr Pujadas, 38
08830 St Boi de Llobregat

D./Dña. _____, mayor de edad, con domicilio en la calle _____, Código Postal _____, con DNI _____, del que acompaña fotocopia, por medio del presente escrito solicita ejercer su derecho de acceso, de conformidad con el artículo 16 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

SOLICITA:

- 1) Que se proceda a la efectiva rectificación de los datos inexactos relativos a mi persona que se encuentren en los diferentes tratamientos que realiza sin dilación indebida y a más tardar en el plazo de un mes conforme se indica en la normativa vigente.
- 2) Los datos que hay que rectificar se enumeran en la hoja anexa, haciendo referencia a los documentos que se acompañan en esta solicitud y que acreditan la veracidad de los nuevos datos.
- 3) Cualquier comunicación que hubiere lugar, ruego la realicen a la dirección arriba indicada.
- 4) Que comunique la rectificación a cada uno de los destinatarios a los que haya comunicado previamente los datos personales.
- 5) Que en caso de que el responsable del fichero considere que la rectificación no procede lo comunique al interesado.

En _____, a ____ de _____ de 2.0__.

Fdo.

