

**FORMULAIRE D'EXERCICE DE DROITS SUR LES DONNEES PERSONNELLES
AU TITRE DU RGPD ET DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données personnelles ou encore de limitation de leur traitement. Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Afin d'exercer ces droits, nous mettons à votre disposition le présent formulaire à renvoyer complété et signé à l'adresse suivante : **Data Protection Officer – Direction Générale - Centre Hospitalier Anancy Genevois - 1 avenue de l'Hôpital - 74370 Epagny Metz-Tessy.ou dpo@ch-anancygenevois.fr.**

MES COORDONNEES :

**Les données personnelles assorties d'un astérisque sont obligatoires, si vous ne nous les communiquez pas, nous ne pourrons donner suite à votre demande.*

Nom de naissance du demandeur* : _____

Prénom du demandeur* : _____

Profil du demandeur* :

Patients / usagers

Autre : _____

Pour les patients, site de prise en charge* :

Anancy

Saint Julien en Genevois

Adresse courrier* : _____

Code postal* : _____ Ville* : _____

Email : _____

Numéro de téléphone: _____

LE DROIT QUE JE SOUHAITE EXERCER

En application des articles 15 à 20 du Règlement européen du 27 avril 2016 n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données,

Je souhaite exercer mon/mes droit(s) : *(veuillez cocher les cases concernées)*

D'accès à mes données à caractère personnel

De rectification de mes données à caractère personnel

Veuillez préciser les informations que vous souhaitez rectifier

A l'effacement de mes données à caractère personnel

Veuillez préciser 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 font 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.

A la limitation du traitement de mes données à caractère personnel

D'opposition à un traitement de mes données à caractère personnel pour des raisons tenant à ma situation particulière

A la portabilité de mes données à caractère personnel

PIECE JUSTIFICATIVE *Veuillez joindre à votre demande*

- Une copie d'un justificatif d'identité (Carte Nationale d'identité ou passeport)

La réponse à votre demande vous parviendra dans les meilleurs délais par courrier postal à l'adresse indiquée dans le présent formulaire et au maximum dans un délai de 1 mois, conformément au RGPD.

Pour des raisons de sécurité et de confidentialité, le CHANGE ne communique pas vos données personnelles de santé au travers des messageries électroniques non sécurisées.

Les données personnelles recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par le CHANGE. Les données personnelles assorties d'un astérisque sont obligatoires, si vous ne nous les communiquez pas, alors nous ne pourrions traiter votre demande. Ce traitement a pour objet la gestion des demandes d'exercice de droit. Il nous permet de recevoir, gérer et suivre les demandes, en liaison avec les services concernés ; Conserver un historique des demandes et des réponses apportées; Élaborer des données d'activité (statistiques). Ce traitement est nécessaire au respect des obligations légales et réglementaires auxquelles nous sommes soumis. Ces informations pourront être transmises en interne à l'ensemble des services susceptibles d'intervenir dans le traitement de votre demande. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union Européenne. Elles seront conservées pendant cinq (5) ans à compter de la fin de l'année civile de votre demande. La copie de votre pièce d'identité est conservée pendant un (1) an. Ces données personnelles pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation du traitement, de définir des directives applicables après le décès. Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse suivante Data Protection Officer - Direction Générale - Centre Hospitalier Annecy Genevois - 1 avenue de l'Hôpital - 74370 Epagny Metz-Tessy ou dpo@ch-annecygenevois.fr. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité compétente en matière de données à caractère personnel à savoir en France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Fait à : _____

Date : __/__/____

Signature : _____