

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 15 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 le facilite el derecho de acceso a sus datos personales incorporados en los diferentes tratamientos que realice, en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud.
- 2) Si la solicitud del derecho de acceso fuese estimada, se me facilite una copia de los datos personales objeto de tratamiento.
- 3) Que esta información comprenda de modo legible e inteligible los datos de base que sobre mi persona están incluidos en los diferentes tratamientos de datos personales, así como la siguiente información: los fines del tratamiento; los destinatarios o las categorías de destinatarios a los que se comunicaron; el plazo previsto de conservación; la existencia de decisiones automatizadas y transferencias internacionales de datos.

En _____, a ____ de _____ de 2.0__.

Fdo.