

DERECHO DE ACCESO

EJERCICIO DEL DERECHO DE ACCESO

DATOS DEL INTERESADO

D./Dña. _____, mayor de edad, con domicilio en C/ _____, n.º. _____, C.P. _____, Localidad _____, Provincia _____, Comunidad Autónoma _____, correo electrónico _____, con D.N.I. _____, **del que se acompaña copia.**

DATOS DEL REPRESENTANTE (en su caso)

D./Dña. _____, mayor de edad, con domicilio en C/ _____, n.º. _____, C.P. _____, Localidad _____, Provincia _____, Comunidad Autónoma _____, correo electrónico _____, con D.N.I. _____, **del que se acompaña copia.**

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO DE MAJADAHONDA. C/ Joaquín Rodrigo, 2 – 28222 Majadahonda – Madrid. C.I.F: G-83726968.

De conformidad con lo previsto en el artículo 15 del Reglamento (UE) 2016/679, **SOLICITO** al RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO que me comunique si está o no tratando mis datos personales y, en caso afirmativo, me facilite una (1¹) copia de mis datos personales objeto de tratamiento², comunicándome a su vez la información recogida en el apartado 1 del artículo 15 del Reglamento (UE) 2016/679³.

¹ La solicitud de una (1) copia será totalmente gratuita para Ud., si bien en el caso de que Ud. quisiera disponer de más de una copia deberá tener presente que se le podrá cobrar un canon razonable por los costes administrativos incurridos.

² En caso de que Ud. quisiera acceder únicamente a una parte de sus datos personales objeto de tratamiento, y no a todos ellos, por favor hágalo constar en el epígrafe "Observaciones" especificando a qué concretos datos quiere acceder.

³ En caso de que la presente solicitud sea calificada como infundada o excesiva, le puede ser denegado su derecho de acceso.

Que a los efectos de recibir la copia de mis datos personales objeto de tratamiento, solicito que la misma me sea remitida por _____ (recogida presencial/medio electrónico).

Observaciones:

En _____, a ____ de _____ de _____.

Fdo. _____

D/Dña. _____ (interesado/representante)

IMPORTANTE (ADJUNTAR A LA SOLICITUD):

- Si es usted el interesado, deberá adjuntar copia de su DNI.
- Si es usted el Representante, deberá adjuntar copia del DNI del interesado, así como copia de su DNI y documento acreditativo auténtico de su representación.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de los datos personales de las personas físicas (RGPD), le informamos que la información personal que ha facilitado quedará debidamente registrada e incorporada a los sistemas de tratamiento de datos responsabilidad de la FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO - MAJADAHONDA y ello, con la finalidad de atender su solicitud. Por tal motivo, si usted no está conforme con el tratamiento descrito no podremos procesar el objeto de su solicitud. Igualmente, venimos a informarle que su información personal no será comunicada a ningún destinatario salvo a aquellos que nos autorice usted o venga exigido por la ley, así como tampoco será destinada a ninguna otra finalidad distinta a la aquí informada, o que resulte incompatible con la misma. Usted podrá ejercer los derechos de

acceso, rectificación, supresión, limitación de algún tratamiento específico, portabilidad, decisiones automatizadas y oposición al tratamiento descrito en la siguiente dirección: c/ Joaquín Rodrigo, 2 – 28222 Majadahonda – Madrid. No obstante, si así lo desea, puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos a través de la siguiente dirección: dpd@idiphim.org. Para el caso de que Ud. precise conocer información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales, puede consultar la información adicional en: <http://investigacionpuertadehierro.com/politica-de-privacidad-y-proteccion-de-datos/>