

	<b>FORMULAIRE D'EXERCICE DE DROITS SUR LES DONNEES PERSONNELLES</b> RGPD ET DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES	Mars 2022
---	---	-----------

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, d'effacement et de portabilité de vos données personnelles ou encore d'opposition et de limitation de leur traitement.

Afin d'exercer ces droits, nous mettons à votre disposition le présent formulaire à retourner, complété et signé, à l'adresse suivante :

**Service Informatique - Administration - Centre Hospitalier Gabriel Déplante - 1 rue de la forêt - 74150 Rumilly ou [dpo@ch-annecygenevois.fr](mailto:dpo@ch-annecygenevois.fr).**

#### MES COORDONNEES :

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

Nom de naissance du demandeur\* : \_\_\_\_\_

Prénom du demandeur\* : \_\_\_\_\_

Profil du demandeur\* :

- ☐ Patient / Résident / Usager  
☐ Autre : \_\_\_\_\_

Pour les patients ou résidents : *Merci de préciser le site de prise en charge ou la résidence\**

- ☐ Site : \_\_\_\_\_  
☐ Résidence : \_\_\_\_\_

Adresse courrier\* : \_\_\_\_\_

Code postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

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 et en obtenir une copie**  
☐ **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**

*Veuillez explicitez la situation :*

---

---

---

☐ **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, l'établissement ne communique pas vos données personnelles de santé au travers des messageries électroniques non sécurisées.

Fait à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Les données personnelles recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé. 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](mailto: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.