

SOLICITUD MODIFICACIÓN DATOS PERSONALES

DATOS DEL PACIENTE:

D/D^a _____

D.N.I./N.I.E./Pasaporte _____ Fecha Nacimiento _____

DATOS DEL AUTORIZADO / TUTOR / REPRESENTANTE LEGAL:

D/D^a _____

D.N.I./N.I.E./Pasaporte _____ En Calidad de: _____

NUEVOS DATOS

DATOS DEL NUEVO DOMICILIO:

Domicilio _____ N^o _____

Escalera _____ Portal _____ Piso _____ Puerta _____

Localidad _____ Código Postal _____

MODIFICACIÓN DE TELÉFONO DE CONTACTO:

Teléfono de contacto _____

2^o Teléfono de contacto _____

MODIFICACIÓN CORREO ELECTRÓNICO ACTUAL:

Correo Electrónico _____

OTROS DATOS:

Solicito que procedana modificar / añadir los datos arriba señalados.

He leído y acepto los términos abajo descritos.

Protección de datos de carácter personal. Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Información básica: **Responsable:** Hospital Universitario Santa Cristina. **Finalidad:** Atender su solicitud de cambio de datos personales. **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del responsable del tratamiento. Procedencia: El propio interesado.

Madrid, a ____ de _____ de 20__

Fdo. Autorizado / Representante:

Fdo. Paciente:

AUTORIZACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES

D./D., _____,
D.N.I. / N.I.E. / Pasaporte nº _____
paciente del H. U. Santa Cristina, autorizo a D./D^a _____,
con D.N.I. / N.I.E. / Pasaporte nº _____, a realizar la modificación de
mis datos personales de contacto señalados en el presente formulario.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Autorizado:
D.N.I./N.I.E./Pasaporte:

Paciente:
D.N.I./N.I.E./Pasaporte:

Firma: _____

Firma: _____

REQUISITOS NECESARIOS PARA MODIFICACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES DE CONTACTO

Es preciso cumplimentar el impreso de solicitud y aportar la siguiente documentación:

- Si el solicitante es el paciente: D.N.I., N.I.E. o Pasaporte
- Si el solicitante NO es el paciente:

1. D.N.I., N.I.E. o Pasaporte del solicitante.
2. Copia de D.N.I., N.I.E. o Pasaporte del paciente.
3. Autorización del paciente o documento que acredite que se trata del representante legal del paciente.
4. Libro de familia (solo en ausencia de DNI/NIE, o de certificado de nacimiento en el caso de menores de 14 años)

Protección de datos de carácter personal. Información básica: Los datos recabados en este formulario serán incorporados y tratados en la Actividad de tratamiento correspondiente a la solicitud que se formula, con los límites y condiciones establecidos tanto en el Reglamento General De Protección de Datos (UE) 2016/679 como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.