

 Centre Universitaire Inter Régional d'Expertise en Anatomie Pathologique Hospitalière	N° du fichier : FO-CU-LG-31	FORMULAIRE
	Rédaction : Edouard Abbeloos	Version : 2
	Approbation : Isabelle Roland	Date de mise en application : 26 octobre 2023
	Validation : Sandrine Rorive	Page 1 sur 1

Demande dans le cadre de la mise en œuvre du R.G.P.D.

Identification de la personne concernée

Nom :

Prénom(s) :

Adresse complète :

.....

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

Référence au Règlement général de la protection des données

Cette demande fait référence à l'article du R.G.P.D.

Objet de la demande

Par exemple : demande de rectification de certaines données me concernant, demande de disposer d'une copie partielle / totale sous format papier / électronique (PDF) de mon dossier administratif / médical, demande de "droit à l'oubli" après expiration des délais légaux.

.....

.....

Identification des données et/ou des traitements des données qui concernent cette demande

.....

.....

.....

Exposé des raisons sérieuses et légitimes (si nécessaire)

.....

.....

.....

Date de la demande :

Ecrire ci-après en toutes lettres « *Je marque mon accord* »
pour que la présente demande soit jointe à mon dossier médical et pour que les frais éventuels dans le cadre de cette demande me soient facturés. Je joins à cette demande une copie recto / verso de ma carte d'identité.

Signature de la personne concernée :

Validé le : 24 octobre 2023
Par : Pr. Sandrine RORIVE

