

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