

>> 1. Renseignements administratifs de la personne concernée

Nom de naissance – Prénom : _____

Nom marital : _____

Votre profil : ☐ Patient ☐ Visiteur ☐ Salarié ☐ Autre : _____

Adresse postale actuelle : _____

N° de téléphone : _____ Mail : _____

>> 2. Exercice des droits

Je souhaite exercer mon droit sur l'établissement de santé :

- ☐ Centre Hospitalier Alpes Léman ☐ Hôpitaux du Léman ☐ Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc
☐ EPSM 74 ☐ Hôpital Andrevetan ☐ Hôpital Départemental Dufresne Sommeiller
☐ Hôpital Départemental de Reignier

Je souhaite exercer mon droit (veuillez cocher la case correspondante) :

- ☐
- D'
- accès**
- à mes données à caractère personnel (hors communication du dossier médical
- ¹
-).

Veuillez préciser le type de données concernées ainsi que, le cas échéant, les périodes ou dates souhaitées :

- ☐
- De
- rectification**
- de mes données à caractère personnel.

Veuillez indiquer les informations que vous souhaitez rectifier ainsi que le motif :

- ☐
- A l'
- effacement**
- de mes données à caractère personnel.

Veuillez indiquer 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 ont fait 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.

Veuillez indiquer les traitements et/ou les données à caractère personnel concernés par cette demande :

¹ Pour toute demande d'accès à votre dossier médical, nous vous redirigerons vers le service dédié. Vous pouvez également consulter la page correspondante du site internet de l'établissement.

☐ A la **limitation** du traitement de mes données à caractère personnel.

Veillez indiquer les données pour lesquelles vous demandez la limitation :

☐ D'**opposition** à un traitement de mes données personnelles pour des raisons tenant à ma situation particulière.

Afin d'étudier votre demande, veuillez renseigner les raisons légitimes permettant de justifier votre opposition :

☐ À la **portabilité** de mes données à caractère personnel. Vous demandez que vos données à caractère personnel soient transmises à un autre Responsable du traitement.

Veillez indiquer les traitements et/ou les données à caractère personnel concernés par cette demande et les coordonnées du Responsable du traitement à qui vos données à caractère personnel doivent être transmises :

>> 3. Copie des justificatifs à nous fournir pour pouvoir accéder aux informations

Demande directe à ses données	Tuteur	Détenteur de l'autorité parentale
➤ Pièce d'identité en cours de validité (Carte d'identité Nationale Recto-Verso, Passeport) <u>Pour les mineurs, la démarche doit être effectuée par le détenteur de l'autorité parentale.</u>	➤ Pièce d'identité du tuteur en cours de validité (Carte d'identité Nationale Recto-Verso, Passeport) ➤ Pièce d'identité de la personne concernée par la demande (Carte d'identité Nationale Recto-Verso, Passeport) ➤ Ordonnance de tutelle ou curatelle (à la personne) ou habilitation familiale générale <u>La demande doit être exercée dans l'intérêt de la personne protégée.</u>	➤ Pièce d'identité du demandeur <u>et</u> de la personne concernée, en cours de validité (Carte d'identité Nationale Recto-Verso, Passeport) ➤ Livret de famille : extrait de mariage des parents et extrait de naissance de l'enfant ➤ Ordonnance, jugement ou arrêt rendu : Parents divorcés ou séparés de corps <u>L'autorité parentale doit être exercée dans l'intérêt de l'enfant.</u>

>> 4. Facturation

Le RGPD prévoit le **principe de gratuité** de la première copie fournie dans le cadre de l'exercice d'un droit (article 12.5).

Toutefois, en cas de demandes répétitives, manifestement infondées ou excessives, ou en cas de demande de copies supplémentaires, l'établissement pourra facturer des frais raisonnables correspondant aux coûts administratifs, conformément aux dispositions du Code de la santé publique (article L1111-7).

>> 5. Modalités de communication

Vous souhaitez accéder à vos données personnelles par :

- ☐ Envoi postal en recommandé avec accusé de réception à votre adresse postale
- ☐ Récupération directe – sur rendez-vous
- ☐ Email sécurisé

>> 6. Traitement de votre demande

Dès réception de ce formulaire dûment complété ainsi que des pièces justificatives nécessaires à votre identification, **nous procéderons à l'instruction de votre demande dans les meilleurs délais**. Conformément au RGPD et aux obligations légales applicables aux établissements de santé, ce traitement s'effectuera dans un délai d'un (1) mois, pouvant être prolongé de deux (2) mois en cas de complexité particulière ou de nombre élevé de demandes simultanées.

Veuillez noter que **certains droits peuvent être limités** lorsque : le traitement des données repose sur une obligation légale ou une mission d'intérêt public, les données concernent la continuité des soins, la sécurité des patients ou le respect du secret médical, la demande porte atteinte aux droits et libertés d'autres personnes, la suppression ou la limitation empêcherait le respect d'exigences réglementaires (conservation du dossier patient, traçabilité...).

Si les informations fournies sont insuffisantes pour traiter votre demande, **nous pourrions vous solliciter pour obtenir des précisions complémentaires**, afin de confirmer votre identité, d'identifier les traitements concernés ou de comprendre plus précisément l'objet de votre requête.

>> 7. Signature du demandeur

A _____, Le ____/____/____

Signature :