**SOL·LICITUD D’EXERCICI DELS DRETS AL TRACTAMENT DE DADES**

**Dades personals de la persona sol·licitant** (persona major d’edat)

DNI / NIE (cal adjuntar-ne una fotocòpia) Nom i cognoms

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adreça (tipus de vis, nom del carrer i número)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codi postal Municipi

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dades del responsable del tractament**

**ASSOCIACIÓ CATALANA DE PROFESSIONALS DE LA SALUT MENTAL (ACPSM)**

Adreça

Avda. Diagonal, 152

Codi Postal Municipi

08018 Barcelona

D’acord amb el que estableix el Reglament (UE) núm. 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46 / CE (Reglament general de protecció de dades):

**Sol·licito** (marqueu amb una “X” el propòsit de la vostra sol·licitud)

Que m’indiqueu si les meves dades personals estan sent OBJECTE DE TRACTAMENT i que, en cas afirmatiu, m’envieu aquesta informació de manera clara i intel·ligible, com també les dades resultants de qualsevol elaboració, procés o tractament, origen de les dades, els cessionaris i els usos i finalitats pels quals es van emmagatzemar. 

Sol·licitar la LIMITACIÓ del tractament de les seves dades, en aquest cas únicament seran conservats per a l'exercici o la defensa de reclamacions.

* Motius:



Sol·licitar la PORTABILITAT de les meves dades personals de una forma estructurada, d’ús comú i lectura mecànica.

Que MODIFIQUEU les dades referents a la meva persona inexactes o incomplertes que contenen els vostres tractaments o que siguin objecte de tractament i que apareixen relacionades a continuació, de les quals adjunto la documentació acreditativa: 

* Dada incorrecta:
* Dada correcta:
* Document acreditatiu (Fotocòpia DNI / NIE, Altres) (especifiqueu-los):

Que CANCEL·LEU les meves dades personals que continguin els vostres tractaments o que siguin objecte de tractament. 



Exercir el meu dret d’OPOSICIÓ al tractament de les meves dades personals, sobre la base dels motius relacionats a continuació, que acredito aportant la documentació acreditativa oportuna:

* Motius:
* Documentació acreditativa:

Lloc i data

Signatura

Aquesta Sol·licitud d'exercici dels drets al tractament de dades personals s’ha d’adreçar a Associació catalana de professionals de la salut mental (ACPSM) per correu electrònic a [info@aencatalunya.cat](mailto:info@aencatalunya.cat) acompanyat de fotocòpia de document oficial que us identifiqui. En cas d'exercir-se per correu electrònic haurà de signar-se digitalment el missatge o adjuntar un document oficial escanejat. En cas de no atendre aquesta petició podeu presentar una reclamació adreçada a l’Autoritat competent, mitjançant la seu electrònica de l’Agència Española de Protección de Datos <https://sedeagpd.gob.es> o per mitjans no electrònics.