

Ce formulaire, mis en place dans le cadre du règlement général pour la protection des données (RGPD), vous permet de d'exercer vos droits sur les données personnelles vous concernant faisant l'objet d'un traitement par l'**EHPAD de Couches**.

Ce document a pour objectif de vous aider à formuler vos demandes. Il doit être renvoyé complété et signé à l'adresse suivante: [Contact@ehpad-couches71.fr](mailto:Contact@ehpad-couches71.fr)

#### Identification du demandeur

**\*Les données personnelles associées à un astérisque sont obligatoires, si vous ne nous les communiquez pas, nous ne pourrons pas traiter votre demande.**

Civilité\* :  Madame  Monsieur  
Nom de naissance\* : \_\_\_\_\_  
Courrier électronique : \_\_\_\_\_  
Téléphone\* : \_\_\_\_\_  
Adresse postale\* : \_\_\_\_\_  
Code postale : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_  
Pays\* : \_\_\_\_\_  
Etablissement de prise en charge\* : \_\_\_\_\_

#### Droit que je souhaite exercer

*En application du Règlement Européen du 27 avril 2016 n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, je souhaite exercer mon droit (merci de bien vouloir cocher la/les case(s) nécessaire(s)).*

#### Type d'exercice de droit souhaité :

- Droit d'accès – Article 15 du RGPD
- Droit de rectification – Article 16 du RGPD
- Droit à l'effacement (droit à l'oubli) – Article 17 du RGPD
- Droit à la limitation du traitement – Article 18 du RGPD
- Droit à la Portabilité des données – Article 20 du RGPD
- Droit d'opposition – Article 21 du RGPD

Afin d'étudier votre demande, veuillez renseigner les raisons permettant de justifier votre demande\* :

*Veuillez préciser votre demande*

**Pièce justificative**

Veuillez joindre à votre demande une photocopie de la /les pièce(s) suivante(s)

Un justificatif d'identité (Carte Nationale d'identité ou passeport)

Dans le cas de la carte nationale d'identité, une photocopie recto-verso doit être fournie.

Joindre également le justificatif d'identité du responsable légal si la demande concerne un mineur ou un majeur protégé

**La bonne réception de votre demande vous sera notifiée par voie électronique (si renseignée ci-dessus). L'EHPAD de Couches vous fera parvenir sa réponse dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la réception de votre demande (article 12.3 du RGPD). Pour des raisons de sécurité et de confidentialité, L'établissement ne communique pas vos informations personnelles de santé à travers des messageries électroniques publiques.**

Les données personnelles recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement par l'EHPAD de Couches.

Les données personnelles assorties d'un astérisque sont obligatoires, si vous ne nous les communiquez pas, alors nous ne pourrons pas traiter votre demande. Ce traitement a pour objet la gestion des demandes d'exercice de droit. Il nous permet de recevoir, gérer et suivre les demandes, en liaison avec les services concernés; Conserver un historique des demandes et des réponses apportées; Élaborer des données d'activité (statistiques). Ce traitement est nécessaire au respect des obligations légales et réglementaires auxquelles nous sommes soumis. Ces informations pourront être transmises en interne à l'ensemble des services susceptibles d'intervenir dans le traitement de votre demande. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union Européenne. Elles seront conservées pendant un (1) an à compter de la fin de l'année civile de votre demande. Les pièces justificatives (pièce d'identité et autres documents) seront détruites après traitement de la demande. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité compétente en matière de données à caractère personnel à savoir en France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

**Fait à :**

\_\_\_\_\_

**Date :**

\_\_\_\_\_

**Signature :**

\_\_\_\_\_