

SOL·LICITUD PER REGISTRE

Cognoms, Nom _____

DNI / NIE _____ Data naixement _____ Sexe Home Dona

Adreça _____

Ciutat _____ Codi Postal _____ Província _____

Telèfon _____ Correu electrònic _____

SOL·LICITUD PER ____ Accepta plaça de

EXPOSO:

Que accepta a la plaça de ...

Jornada%:

D'acord amb el Reglament UE 2016/679 del Parlament i del Consell de data 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques amb el que respecta al tractament de dades personals i a la des del moment en què se'n tingui constància, sense perjudici de les responsabilitats que puguin derivar-se, (article 38 de la Llei 26/2010, de 3 d'agost, de règim jurídic i de procediment de les administracions). Lliure circulació d'aquestes dades i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, el responsable de recopilar i tractar les seves dades és l'Hospital Comarcal d'Amposta SAM, amb domicili social al carrer Jacint Verdaguer número 11-13 d'Amposta (43870- Tarragona). La finalitat del seu tractament es relaciona expressament amb la sol·licitud o petició que vostè presenta, per tal de poder prestar-li els serveis addients. Les dades no es cediran a tercers, excepte obligació legal. Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant un escrit adreçat l'Hospital Comarcal d'Amposta SAM, o per e-mail a protecciondades@hcamposta.com. La inexactitud, falsedat o omisió en les dades, o la no presentació d'aquesta, determinen la impossibilitat d'exercir l'activitat afectada Per a més informació pot consultar la nostra nova política de privacitat (<https://www.hcamposta.cat/politica-privacitat/>).

Dono el consentiment perquè les meves dades puguin ser tractades per a la finalitat esmentada.

Lloc i Data (dd/mm/aaaa) _____

Signatura