

**AUTORIZACION para
SOLICITUD de
RECTIFICACION, LIMITACION
Y/U OPOSICION**Datos del
PACIENTE

Apellidos y nombre: DNI (pasaporte):

Domicilio: Población: Código Postal:

SIP: Correo electrónico: Teléfono:

Datos del
AUTORIZADO

Apellidos y nombre: DNI (pasaporte):

**AUTORIZO A LA QUE PERSONA CUYOS DATOS FIGURAN PARA EJERCER LOS DERECHOS DE RECTIFICACION,
LIMITACION Y/OPOSICION SOLICITADOS**

Fecha de solicitud: ____/____/_____202__

Declaro que la información que he suministrado es verídica y exacta

Firma del paciente

Los datos personales recogidos en este documento serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, en materia de protección de datos, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Puede consultar información adicional y detallada de la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.agpd.es>