

SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES INEXACTOS O INCOMPLETOS INCLUIDOS EN EL FICHERO DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE:

D./D^a....., mayor de edad, con domicilio en la C/.....
Localidad.....Provincia.....C.P.....
Teléfono.....con DNI.....manifiesta su deseo de ejercer su derecho de rectificación, de conformidad con el art. 16 de la Ley Orgánica 15/1999.

DATOS DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL: (en caso de que el interesado se encuentre en situación de incapacidad o minoría de edad)

D./D^a....., mayor de edad, con domicilio.....
Localidad.....Provincia.....C.P.....
Teléfono....., DNI....., Parentesco.....
en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita con el poder adjunto.

SOLICITA:

- 1.- Que se proceda gratuitamente a la efectiva corrección en el plazo de 10 días desde la recepción de esta solicitud, de los datos inexactos o incompletos relativos a mi persona que se encuentren en sus ficheros. Los datos a rectificar se enumeran a continuación, haciendo referencia a los documentos que acreditan, la veracidad de los nuevos datos.
- 2.- Que me comuniquen la rectificación de los datos una vez realizada.
- 3.- Que en el caso que se considere que la rectificación no procede me lo notifiquen igualmente.

Dato incorrecto

Dato correcto

Documento acreditativo

1.....

2.....

3.....

4.....

En....., a.....de.....de.....

A LA DIRECCIÓN GERENCIA DE.....