

# Formulaire demande d'exercice des droits pour une personne concernée par un traitement de Données à Caractère personnel du Centre Hospitalier de Narbonne (CHN)

Toute personne concernée par un traitement de Données à Caractère Personnel dispose de droits.

Pour les exercer, la personne peut ou doit en premier lieu :

- S'il existe, utiliser un service en ligne qui permet de corriger ou supprimer ses données en toute autonomie,
- S'adresser au Responsable du Traitement car il est le seul à décider d'agir sur les données.

Toutefois, si la personne concernée n'arrive pas à exercer ses droits par ce biais, ou à identifier le Responsable du Traitement, le CHN mettra en œuvre les moyens nécessaires pour transmettre cette demande d'exercice au Responsable du Traitement.

Les données personnelles collectées par ce formulaire ont pour seule finalité l'exercice des droits de la personne concernée et seront transmises au personnel du CHN chargé de cette procédure.

Dans le cas de demande d'accès à des données de santé patient, veuillez utiliser la procédure institutionnelle dédiée disponible sur le site internet du CHN.

## 1. Identité du demandeur

---

Je soussigné (e) Mme ou M (Nom, prénom, nom de jeune fille)

.....  
.....

Né(e) le ...../...../.....

Domicilié(e)

.....  
.....

N° de téléphone (nécessaire pour vous appeler si difficulté)

.....

Agissant en tant que :

- Propriétaire des données
- Représentant légal (père, mère, tuteur)
- Ayant droit



Le présent formulaire dûment rempli et signé, doit être accompagné, dans tous les cas de la photocopie d'identité du demandeur ainsi que :

- Pour les représentants légaux d'un mineur, d'une copie de tout document attestant de leur autorité parentale (livret de famille, jugement, ...).
- Pour les représentants légaux d'un majeur sous tutelle, d'une copie du jugement leur confiant la tutelle.
- Pour les ayants droit d'une personne décédée, d'une copie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et la personne et à l'exception du conjoint et des enfants, d'une copie de tout document attestant de la qualité d'ayants droit (attestation notariale...).

Dès réception par le CHN, et si la demande est recevable, le CHN instruira la demande.

Date :

Signature

**FORMULAIRE A REMPLIR ET A RENVOYER AVEC LES PIECES JUSTIFICATIVES  
DEMANDEES**

Par message électronique à :

[dpo@ch-narbonne.fr](mailto:dpo@ch-narbonne.fr)

Ou sous pli confidentiel à :

Centre Hospitalier de Narbonne  
A l'attention du DPO  
Boulevard Docteur Lacroix  
11100 Narbonne