

Hospital Comarcal de l'Alt Penedès
Hospital Residència Sant Camil
Hospital Sant Antoni Abat
Centre de Rehabilitació (Vilanova i la Geltrú)

Segell de data i recepció

Full de reclamacions ¹**Dades de la persona afectada**

1r cognom	2n cognom	Nom					
CIP ²	DNI	Data de naixement ³					
Adreça	Tipus de via ⁴	Núm.	Bloc	Portal	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat	Telèfon	Adreça electrònica				

Dades a l'efecte de rebre notificacions relacionades amb aquesta reclamació

(marqueu només un tipus de via de recepció)

- ☐ Accepto rebre notificacions electròniques a l'adreça electrònica o missatges al telèfon mòbil (especifiqueu l'adreça i el mòbil): ⁵

Adreça electrònica

Telèfon mòbil

En cas de no acceptar la recepció de notificacions electròniques, s'enviaran a l'adreça postal de la persona afectada o, si escau, a la de la persona que la representa

Dades de la persona que presenta la reclamació

(només s'han d'emplenar en cas que no sigui la persona afectada)

1r cognom	2n cognom	Nom	
CIP ²	DNI	Data de naixement ³	
Codi postal	Localitat	Telèfon	Adreça electrònica

Condicció mitjançant la qual presenteu aquesta reclamació

- ☐ Com a representant legal
- ☐ Com a persona autoritzada (en aquest cas, la persona afectada ha d'emplenar i signar l'apartat d'autorització següent)

Autorització de la persona afectada per a representació en la tramitació administrativa

(només heu de marcar i signar aquesta autorització si presenta la reclamació una altra persona)

- Autoritzo la persona que presenta la reclamació per presentar, sol·licitar, tramitar i rebre una resposta o qualsevol comunicació relativa
- ☐ a aquesta reclamació, incloent-hi la informació de les dades de caràcter personal que se'n puguin derivar, i a portar a terme les actuacions necessàries sol·licitades pel Servei Català de la Salut

Signatura d'autorització de la persona afectada (en cas de presentar la reclamació en suport paper, cal que adjunteu una còpia del vostre DNI)

Data

Notes: vegeu les notes al revers d'aquest formulari.

Exposició de la reclamació (si necessiteu més espai, podeu adjuntar un altre full)

Signatura de la persona que presenta la reclamació (persona afectada, representant legal o persona autoritzada, segons sigui)

Data

- 1 Adjunteu fotocòpia dels documents que vulgueu aportar.
- 2 Si feu constar el codi d'identificació personal (CIP) dins d'aquest apartat, només cal que empleneu el nom i els cognoms.
- 3 Hi ha de constar, en números: el dia, el mes i l'any (aquest últim en quatre xifres).
- 4 Tipus de via:

Avinguda	Can	Disseminat	Jardí	Pas	Placeta	Raval	Urbanització
Baixada	Carrer	Drecera	Lloc	Passadís	Polígon	Riera	Via
Barri	Carreró	Glorieta	Mas	Passatge	Pont	Ronda	
Blocs	Carretera	Gran Via	Parc	Passeig	Pujada	Travessera	
Camí	Costa	Grups	Partida	Plaça	Rambla	Travessia	
- 5 Acceptació a rebre notificacions electròniques relacionades amb aquesta reclamació segons estableixen els articles 14.1 i 41.1 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.

Informació bàsica sobre protecció de dades**Servei Català de la Salut**

Identificació del tractament: Registre de gestió de suggeriments, queixes i reclamacions. **Responsable del tractament:** Subdirecció del Servei Català de la Salut (travessera de les Corts, 131-159, Edifici Olímpia, 08028 Barcelona). **Finalitat:** gestió dels programes de millora de la qualitat del sistema sanitari públic. **Conservació de les dades:** les dades es conservaran durant el temps necessari per complir amb la finalitat per a la qual es van demanar i per determinar les possibles responsabilitats que es puguin derivar d'aquesta finalitat i tractament de les dades. **Legitimació:** la base legal que habilita el tractament de les dades personals és l'exercici de poders públics. **Destinataris:** les dades podran ser comunicades a tercers quan sigui estrictament necessari per a la gestió del servei o quan existeixi una obligació legal que així ho estableixi. **Drets de les persones interessades:** podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió, oposició al tractament, dret a l'oblit, dret a la portabilitat de les dades i sol·licitud de limitació presentant un escrit adreçat a la Subdirecció del Servei Català de la Salut. Heu d'indicar clarament a la vostra sol·licitud quin o quins drets exerciu. **Informació addicional:** si voleu ampliar aquesta informació, podeu consultar la informació addicional del tractament al web del Servei Català de la Salut (SCS) (<https://catsalut.gencat.cat/proteccio-dades>).

Mitjançant la signatura d'aquest full autoritzeu expressament el Servei Català de la Salut perquè pugui demanar als centres sanitaris la història clínica i pugui accedir-hi quan sigui necessari per resoldre la vostra reclamació.

Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf

Identificació del tractament: Registre de gestió de suggeriments, queixes i reclamacions. **Responsable del tractament:** Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf (c/ Espirall, 61 - 08720 Vilafranca del Penedès). **Finalitat:** Gestió dels suggeriments, queixes i reclamacions. **Conservació:** es conservaran durant el temps necessari per a dur a terme les gestions que se'n deriven. **Legitimació:** per complir una missió realitzada en interès públic. **Destinataris:** aquesta informació és utilitzada per les Unitats d'Atenció a la Ciutadania pròpies del CSAPG. **Drets de les persones interessades:** poder exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió, oposició al tractament, portabilitat i limitació, presentant un escrit al CSAPG. **Informació addicional:** www.csapg.cat/pd.