

# FORMULARIO DE QUEJAS, PROPUESTAS, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DE LA OFICINA DEL DEFENSOR/A DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LAS ILLES BALEARS

 Queja

 Sugerencia

 Propuestas

## USUARIO AFECTADO <sup>1</sup>

|                        |                   |                        |  |
|------------------------|-------------------|------------------------|--|
| DNI/NIE/pasaporte      |                   | Nombre                 |  |
| Primer apellido        |                   | Segundo apellido       |  |
| Teléfono               |                   | Dirección electrónica  |  |
| Fecha de nacimiento:   |                   | Isla:                  |  |
| Dirección postal       |                   |                        |  |
| Código postal          | Localidad         | Municipio <sup>4</sup> |  |
| Provincia <sup>5</sup> | Pais <sup>5</sup> |                        |  |

## REPRESENTANTE <sup>2</sup> (en caso que la persona receptora de la asistencia actue mediante representante)

|  |  |                                     |  |   |  |
|--|--|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tutor legal       |  | <input type="checkbox"/> Progenitor |  | <input type="checkbox"/> Representante voluntario |  |
| DNI/NIE/pasaporte                          |  | Nombre                              |  |   |  |
| Primer apellido                            |  | Segundo apellido                    |  |   |  |
| Teléfono móvil                             |  | Teléfono fijo                       |  |   |  |
| Dirección electrónica                      |  |                                     |  |   |  |
| Medio de acreditación de la representación |  | REA                                 |  | Otro medio  |  |

## CENTRO

|   |  |
|---|--|
| Hospital / Centro de Salud / otro centro) |  |
| Servicio                                  |  |

## COMUNICACIONES

|   |  |            |
|---|--|------------|
| <b>Idioma y canal para recibir las comunicaciones</b>   |  |            |
| <input type="checkbox"/> Comunicación por correo postal | <input type="checkbox"/> Carpeta ciudadana |            |
| La misma que el usuario                                 |  |            |
| Dirección alternativa                                   |  |            |
| Idioma:   | Catalán                                    | Castellano |

## DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

Ha iniciado alguna acción previamente? SI NO

Firma

Lugar y fecha

Declaro que mis datos son ciertos y se corresponden con mi identidad y datos de contacto

## PROTECCIÓN DE DATOS

### Información sobre protección de datos personales

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la legislación vigente en materia de protección de datos, se informa del tratamiento de los datos personales que contiene este formulario.

**Finalidad del tratamiento y base jurídica:** tramitación del procedimiento administrativo, Quejas, propuestas, recomendaciones y sugerencias delante la defensora de los usuarios del sistema sanitario público de las Illes Balears, de acuerdo con lo que prevé el Decreto 21/2020, de 10 de julio, por el cual se regula el Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de las Illes Balears

**Responsable del tratamiento:** Defensor/a de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de las Illes Balears.

**Destinatarios de los datos personales:** no se cederán los datos personales a terceros, salvo que haya obligación legal o interés legítimo de acuerdo con el RGPD.

**Plazo de conservación de los datos personales:** será de aplicación lo previsto en la normativa de archivos y documentación.

**Existencia de decisiones automatizadas:** no hay.

**Transferencias de datos a terceros países:** los datos no se transfieren a terceros países.

### Ejercicio de derechos y reclamaciones:

la persona afectada por el tratamiento de datos personales puede ejercer sus derechos de información, de acceso, de rectificación, de supresión, de limitación, de portabilidad, de oposición y de no inclusión en tratamientos automatizados (e, incluso, de retirar el consentimiento, en su caso, en los términos que establece el RGPD) delante el responsable del tratamiento antes mencionado, mediante el procedimiento «Solicitud del ejercicio de derechos en materia de protección de datos personales», previsto en la sede electrónica de la CAIB.

Con posterioridad a la respuesta del responsable o al hecho que no haya habido respuesta en el plazo de un mes, puede presentar la «Reclamación de tutela de derechos» delante de la Agencia Española de Protección de datos (AEPD).

Delegación de Protección da Datos: la Delegación de Protección de Datos de la Administración de la CAIB tiene su sede en la Consejería de Presidencia, Cultura e Igualdad (paseo de Sagraera, 2, 07012 Palma).

Dirección electrónica de contacto: protecciodades@dpc.caib.es.