**![Une image contenant dessin

Description générée automatiquement]()**

**FORMULAIRE D’EXERCICE DES DROITS DES PERSONNES CONCERNEES**

**Centre de Radiologie et d’Imagerie**

**MAUSSINS-NOLLET**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre demande | Précisions et commentaires |
| **Demande d’informations et d’accès sur les données personnelles vous concernant :**  ☐​ Vous souhaitez avoir plus informations sur le(s) traitement (s) dont vos données personnelles font l’objet  ☐​ Vous souhaitez avoir accès aux données personnelles vous concernant traitées par Maussins-Nollet |  |
| **Demande de rectification de vos données personnelles:**  ☐ les données personnelles vous concernant et traitées par Maussins-Nollet sont inexactes ou obsolètes et vous souhaitez faire une demande de mise (s) à jour (changement de nom de famille, changement d’adresse, etc.) |  |
| **Demande d’effacement de vos données personnelles\*** :  ☐​ Vous considérez que vos données personnelles ne sont plus nécessaires à Maussins-Nollet  ☐ Vous souhaitez retirer un consentement donné au traitement de vos données personnelles  ☐ ​Vous pensez que vos données personnelles ont été traitées de manière illicite |  |
| **Demande de limitation au traitement de vos données personnelles :**  ☐​Vous pensez que vos données ont été traitées de manière illicite |  |

\*Droit non disponible dans certaines circonstances spécifiques (ex : lorsque la durée de conservation est requise par la loi applicable entre autres).

|  |  |
| --- | --- |
| **Demande d’opposition au traitement de vos données personnelles :**  ☐​ Vous pensez que vos données ont été traitées de manière illicite |  |

|  |
| --- |
| ***VOTRE IDENTITE***  *Veuillez compléter les informations ci-dessous pour permettre à IMM de qualifier et répondre à votre demande :* |
| **Nom et prénom:** |
| **Adresse email:** |

Pour que votre demande soit prise en compte par IMM, veuillez joindre à ce formulaire une **photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité** (carte d'identité, passeport) portant votre signature.

Merci d'envoyer votre demande à l'adresse suivante:

**Délégué à la Protection des Données Personnelles**

**Imagerie Médicale MAUSSINS-NOLLET**

**67 rue de Romainville**

**75019 Paris**

**Ou par email : RGPD@maunol.fr**

IMM s’efforcera de répondre à votre demande (à l'adresse indiquée ci-dessus) dans un délai maximum d'un mois après la réception de votre demande. En cas de demande complexe, IMM vous informera de l'extension de ce délai.