

## SOL·LICITUD PACIENT LLIURAMENT DE PLACENTA

Sra. ...., major d'edat,  
(nom i cognoms del pacient)  
amb DNI ..... del qual acompanya fotocòpia, per mitjà del present escrit.  
I amb domicili al carrer ..... núm.....  
Localitat..... Província.....

### SOL·LICITA

Que se li lliuri la seva placenta, un cop finalitzat el part, per fer-ne l'ús que consideri.

### HA ESTAT INFORMADA I ACCEPTA

- Que la placenta no se li lliurarà, si es produeix algun problema infecto contagiós en ella.
- Que es tracta d'un residu orgànic, i que la pacient assumeix la responsabilitat de tractar-lo com a tal.
- Que al no disposar de la peça, el centre queda exempt de qualsevol responsabilitat quant a poder fer estudis sobre la mateixa, en cas de produir-se algun problema posterior al part.

Informació sobre el tractament de les dades personals:	
Responsable	Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa Av. dels Països Catalans, 86 - 17.800 OLOT (Girona) <a href="mailto:direccio@hospiolot.cat">direccio@hospiolot.cat</a>
Delegat de Protecció de Dades.	NIF G55195929 Tel. 972 26 18 00 <a href="mailto:dpd@hospiolot.cat">dpd@hospiolot.cat</a>
Finalitat	Gestionar la seva petició de lliurament de placenta i informar dels riscos inherents.
Conservació	15 anys, d'acord al que disposa l'article 12.4 de la Llei 21/2000, de 29 de desembre.
Base jurídica	Consentiment de l'interessat
Destinatari	Les dades no seran cedides a tercers, excepte obligació legal o exercici i defensa de reclamacions i altres accions legals.
Drets	Vostè té dret a sol·licitar accedir, rectificar i suprimir les seves dades, així com a oposar-se al seu tractament i demanar-ne la limitació del tractament o la portabilitat de les dades. Per fer-ho ha de dirigir-se per escrit a l'Unitat d'Atenció a l'Usuari adjuntant una fotocòpia del seu DNI o document d'identitat equivalent.
Reclamació	En cas que consideri que s'han vulnerat els seus drets pot presentar una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades ( <a href="http://www.apdcat.cat">www.apdcat.cat</a> )

Pacient sol·licitant

Professional informant

Olot, ..... de.....20.....