

Règlement général sur la protection des données
Formulaire d'exercice des droits d'une personne concernée

Coordonnées de la personne concernée

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne concernée :

le résident lui-même

le représentant légal de Madame/Monsieur

la personne de confiance de Madame/Monsieur

le salarié lui-même

Adresse postale :

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Pays :

Adresse email :

N° de téléphone :

Le(s) droit(s) que la personne concernée souhaite exercer

Droit d'accès

Droit de rectification

Droit à l'effacement

Droit à la limitation

Droit d'opposition

Droit de portabilité

Droit de retirer le consentement

Les détails de la demande

Données personnelles concernées :

.....

Motif(s) de la demande :

.....

La réponse à la demande

La personne concernée souhaite recevoir une réponse :

- par voie postale à l'adresse communiquée dans ce formulaire
- par courrier électronique à l'adresse email communiquée dans ce formulaire

Signature :

Date :

Pièces justificatives

A joindre impérativement à la demande : une copie recto-verso de votre pièce d'identité valide.

La demande est à envoyer à **l'adresse postale** suivante :

Les Hospices Civils de la Ville de Luxembourg
Direction
2, rue Englebert Neveu
L-2224 Luxembourg

ou à **l'adresse électronique** suivante :

secretariat@hcvl.lu

ou à remettre directement au **secrétariat de direction**

2, rue Englebert Neveu
L-2224 Luxembourg