

FORMULAIRE D'EXERCICE DES DROITS SUR LES DONNÉES PERSONNELLES

Vos coordonnées

Civilité* : Mme M.

Nom* :

Prénom* :

Vous êtes : Adhérent Salarié d'une entreprise adhérente à STSM Autre, précisez :

Adresse postale* :

Code Postal* : Ville* :

Date de naissance* : Lieu de naissance* :

Téléphone :

Coordonnées de la personne mandatée *(en cas de mandat de la part du demandeur)*

Nom* :

Prénom* :

**Les données personnelles assorties d'un astérisque sont obligatoires, si vous ne les communiquez pas, STSM ne sera pas en mesure de traiter votre demande.*

Droit que vous souhaitez exercer

Droit d'accès à la totalité ou à une partie de vos données personnelles (Art. 15 du RGPD) (hors demandes d'accès au dossier médical en santé au travail, à formuler directement auprès du médecin du travail)

Précisez lesquelles :

.....
.....

Droit de rectification de vos données personnelles (Art. 16 du RGPD)

Précisez lesquelles et les raisons (merci de joindre les éléments justifiant la demande de rectification)

.....
.....

Droit à l'effacement de vos données personnelles (Art. 17 du RGPD) *NB : les données ne pourront être supprimées que sous réserve du respect des conditions fixées par l'alinéa 3 de ce même article.*

Précisez lesquelles :

.....
.....

Droit à la limitation du traitement de vos données personnelles (Art. 18 du RGPD)

Cochez l'une des quatre raisons suivantes :

Vous contestez l'exactitude des données

Vous jugez le traitement illicite

Vous en avez besoin pour exercer vos droits en justice

Vous vous opposez au traitement

Précisez quelles données sont concernées :

.....
.....

Droit d'opposition à un traitement de vos données personnelles pour des raisons tenant à votre situation particulière (Art. 21 du RGPD). *Précisez quelles raisons :*

.....
.....

Droit à la portabilité de vos données personnelles (Art 20. du RGPD). *Sous réserve de remplir les conditions de l'article cité, STSM vous transmettra vos données dans un format structuré, que vous serez libre de transmettre au responsable de traitement de votre choix.*

Précisez lesquelles :

.....
.....

Pièces justificatives à joindre

Pour le demandeur :

- Copie recto-verso d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport)
- Si vous souhaitez exercer une demande de rectification : pièce(s) justifiant la demande

Pour le mandataire :

- Copie recto-verso d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport)
- La lettre de mandat datée et signée

Réponse à votre demande

Une réponse vous parviendra dans un délai d'un mois à compter de la réception de votre demande, par courrier postal ou par courriel, à l'adresse indiquée dans ce formulaire. Vous pouvez exercer les droits listés dans ce formulaire par mail en écrivant à l'adresse électronique : rgpd@stsm35.fr, ou par courrier postal adressé à :

STSM – Pôle Fonctions Support
Délégué(e) à la Protection des Données
4-6 rue Augustin Fresnel
BP 154
35408 SAINT-MALO CEDEX

Les informations recueillies dans ce formulaire par STSM, responsable de traitement, sont obligatoires pour le traitement de votre demande, dont la finalité principale de leur collecte est la gestion et l'instruction de votre demande. Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données, d'opposition au traitement de données, d'un droit à la portabilité des données.

Pour toute demande relative à la protection de vos données nous vous invitons à contacter le DPO de STSM à l'adresse suivante : rgpd@stsm35.fr

Fait à : Le :

Signature :