



CHNP

FORMULAIRE D'EXERCICE DES DROITS  
SUR LES DONNÉES PERSONNELLES

MES COORDONNEES

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Profil du demandeur :  Patient  Résident  (ancien) Personnel CHNP  Personnel sous-traitant / fournisseur

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de contact : \_\_\_\_\_ Email\*: \_\_\_\_\_

**Vous souhaitez que la réponse vous soit adressée :**

- Par voie postale à l'adresse communiquée ci-dessus.
- Par email à l'adresse de messagerie électronique communiquée ci-dessus. *Pour des raisons de sécurité et de confidentialité, le CHNP ne communique pas vos données personnelles non chiffrées à travers des messageries électroniques publiques*

LE DROIT QUE VOUS SOUHAITEZ EXERCER  
(Cochez la case correspondante)

**Droit d'accès à vos données à caractère personnel**

Veillez indiquer les traitements et/ou les données à caractère personnel concernés par cette demande :

.....

**Droit de rectification de vos données à caractère personnel**

Vous considérez que certaines de vos données sont inexactes, incorrectes ou incomplètes et vous demandez à les compléter, les modifier ou les mettre à jour. Veuillez indiquer les données que vous souhaitez rectifier :

.....

**Retrait de votre consentement** - veuillez indiquer les traitements et/ou les données à caractère personnel concernés par cette demande :

.....

**Droit à l'effacement de vos données à caractère personnel (droit à l'oubli)**

Vous considérez que vos données à caractère personnel doivent être effacées car :

- Elles ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées,
- Elles font l'objet d'un traitement illicite,
- Elles doivent être effacées pour respecter une obligation légale (issue de l'UE ou de la loi luxembourgeoise applicable),
- Vous vous opposez au traitement de vos données,
- Vous souhaitez retirer votre consentement au traitement de ces données.

Veillez indiquer les traitements et/ou les données à caractère personnel concernés par cette demande :

.....

**Droit de refuser de faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé**



**CHNP**

**FORMULAIRE D'EXERCICE DES DROITS  
SUR LES DONNÉES PERSONNELLES**

**Demande de limitation de traitement de vos données à caractère personnel**

Vous demandez à limiter le traitement de vos données personnelles car vous considérez qu'un des éléments suivants est applicable :

- Vous contestez l'exactitude de vos données et vous demandez une limitation du traitement pendant une durée permettant au CHNP d'en vérifier l'exactitude ;
- Vous vous opposez au traitement de vos données et vous demandez une limitation du traitement pendant une durée permettant au CHNP de traiter votre demande ;
- Bien que le traitement soit illicite aux termes de la réglementation, vous vous opposez à l'effacement de vos données et vous exigez à la place la limitation de leur utilisation ;
- Le CHNP n'a plus besoin de traiter vos données mais celles-ci vous étant encore nécessaires pour la constatation, l'exercice ou la défense d'un droit en justice, vous demandez la poursuite du traitement de ces données, limité à la mise en œuvre de ce droit.

**Droit d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel**

Veuillez indiquer les traitements et/ou les données à caractère personnel concernés par cette demande :

.....  
.....

**Droit de portabilité de vos données à caractère personnel** en vue d'un transfert à (vous-même ou autre responsable du traitement) :

**La demande ci-jointe est à adresser complétée et signée au Délégué à la Protection des Données du CHNP (DPO) à l'une des adresses suivantes :**

- par voie postale :  
Centre Hospitalier Neuropsychiatrique – DPO – 17, avenue des alliés L-9012 Ettelbruck
- par email à dpo@chnp.lu

**Joindre à la demande la copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité, laquelle sera détruite dès que votre demande aura été traitée**

Les données personnelles recueillies dans ce formulaire sont traitées par le Centre Hospitalier Neuropsychiatrique ou « CHNP » en sa qualité de responsable du traitement, afin de répondre à votre demande d'exercice d'un droit, sur le fondement de nos obligations légales et réglementaires.

Les données personnelles assorties d'un astérisque sont optionnelles et visent uniquement à vous permettre d'obtenir une réponse par email.

Nous pourrions être amenés à communiquer vos données à des tiers dans le cadre de nos obligations légales et réglementaires, par exemple sur demande des autorités publiques ou judiciaires ou encore à certaines professions réglementées telles qu'avocats ou auditeurs.

Ces données personnelles pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification, et le cas échéant, si applicable, au droit d'effacement, d'opposition, de limitation du traitement et/ou de portabilité de vos données. En outre, vous êtes en droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente telle que la Commission nationale pour la protection des données ou « CNPD » au Luxembourg.

Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos données ou pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le DPO du CHNP par courrier postal ou email à l'une des adresses suivantes susvisées, en remplissant le formulaire ci-avant et en joignant à votre demande la copie recto-verso d'une pièce d'identité.

Fait à ....., le .....

Signature du demandeur