



PROCESO DE RENOVACIÓN - CAMBIOS EN LOS COLABORADORES

RESPONSABLE.....

PETICIÓN Nº:

COLABORADORES NUEVOS (Añadir si fuera necesario)

Colaborador nº.....
Nombre y apellidos:
NIF: Cargo:.....
Lugar de trabajo:.....
e-mail.....

Colaborador nº.....
Nombre y apellidos:
NIF: Cargo:.....
Lugar de trabajo:.....
e-mail.....

Colaborador nº.....
Nombre y apellidos:
NIF: Cargo:.....
Lugar de trabajo:.....
e-mail.....

COLABORADORES A DAR DE BAJA (Añadir si fuera necesario)

Colaborador nº.....
Nombre y apellidos:
NIF: Cargo:.....
Lugar de trabajo:.....
e-mail.....

Colaborador nº.....
Nombre y apellidos:
NIF: Cargo:.....
Lugar de trabajo:.....
e-mail.....

En aplicación del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que sus datos personales serán incorporados al “registro de solicitudes y cesiones” con el fin exclusivo que establece la ORDEN de 25 de febrero de 2000 por la que se crea y regula el Índice Nacional de Defunciones. En cualquier caso, podrá ejercitar sus derechos de acceso, cancelación y rectificación en los términos descritos en la citada Ley, a través de los mismos circuitos establecidos para las solicitudes de acceso.

Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



SOLICITUD DE RENOVACIÓN DEL ACCESO AL ÍNDICE DE DEFUNCIONES

Habiendo finalizado el plazo de acceso, con número de alta _____

Se solicita la renovación de dicho acceso por un nuevo periodo de _____ días.

La renovación se utilizará para los mismos fines del alta anterior.

_____, a _____ de _____ de _____

D/Dña: _____

Fdo: Persona responsable del proyecto

NOTA: Se adjunta carta de destrucción de ficheros previos



COMUNICACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE FICHEROS Y COPIAS¹

D/D^a.....

Con D.N.I. nºmanifiesto que una vez finalizado el plazo de acceso al Índice Nacional de Defunciones, comunico al Comité Técnico de Seguimiento que he destruido los ficheros cedidos y cuantas copias de los mismos he efectuado para realizar las tareas para las que solicité los datos.

En, adede 20.....

Firmado.....

¹ Esta comunicación debe enviarse a la **Subdirección de Información Sanitaria y Evaluación** (Secretaría del comité técnico de seguimiento del IND). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Paseo del Prado 18-20. 28071- Madrid.