
Nom, prénom

N° de sécurité sociale : _____

Adresse :

Code postal _____ Ville _____

À

CGSS Réunion

Assurance Maladie

4, Boulevard Doret CS 53001

97 741 Saint-Denis Cedex 9

A, _____ le ____ / ____ / _____

Objet : Exercice de mes droits relatifs à l'espace numérique de santé « Mon espace santé » et au Dossier Médical Partagé – Demande de clôture de l'espace numérique de santé, de clôture et de suppression des données du DMP

Madame, Monsieur,

En qualité de titulaire d'un espace numérique de santé dit « Mon espace santé » au sens des articles L.1111-13-1 et R.1111-27 et suivants du code de la santé publique, et d'un Dossier Médical Partagé (DMP) intégré audit espace numérique de santé, j'entends exercer mes droits d'opposition, de limitation et de suppression de mes données de santé.

En application des dispositions du code de la santé publique relatives à l'espace numérique de santé et au DMP, ainsi que des règles rappelées par la CNIL et l'Assurance maladie, je vous demande expressément :

- La **clôture immédiate de mon espace numérique de santé « Mon espace santé »** ;
- La **clôture de mon Dossier Médical Partagé (DMP)**, y compris de tout DMP antérieurement ouvert et intégré à mon espace numérique de santé ;
- La **suppression expresse et définitive de l'ensemble des données de santé me concernant** conservées au titre de l'archivage de mon espace numérique de santé et de mon DMP, sans attendre l'expiration du délai légal de conservation, conformément à mon droit à l'effacement.

Je vous demande également de prendre toutes dispositions utiles pour faire cesser tout nouvel accès, dépôt ou partage de données me concernant via mon espace numérique de santé et mon DMP, et de veiller à ce qu'aucun professionnel, établissement de santé, établissement ou service social ou médico-social ne puisse plus y accéder.

Je vous prie de bien vouloir me notifier par écrit, à l'adresse mentionnée en en-tête, la prise en compte de ma demande, la date effective de clôture de mon espace numérique de santé et de mon DMP, ainsi que les modalités de suppression des données correspondantes.

Vous trouverez ci-joint la photocopie de ma pièce d'identité et, le cas échéant, tout document justifiant de ma qualité de représentant légal / mandataire (à adapter si nécessaire).

Je vous remercie de l'attention portée à la présente demande, formulée dans le cadre de l'exercice de mes droits sur mes données de santé.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Signature

Nom, prénom

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043914236>

Pièces jointes :

- Copie de la carte d'identité
 - Le cas échéant : justificatif de représentation légale / mandat écrit
-