

## FORMULARIO DE EJERCICIO DEL DERECHO DE PORTABILIDAD

### DATOS DEL SOLICITANTE

D. / D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia,

### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

D. / D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con documento identificativo nº \_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia, actuando en representación del interesado, como acredita el documento anexo,

Por medio del presente escrito, ejerce el derecho a la portabilidad de los datos, de conformidad con lo previsto en el artículo 20 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

### SOLICITO

Que se me faciliten en el plazo de un mes mis datos personales en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica.

En su caso, que los citados datos personales sean transmitidos directamente al responsable ..... (especifíquese nombre o razón social), siempre que sea técnicamente posible.

En .....a.....de.....de 20.....

(Firma del solicitante)

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con la normativa vigente de protección de datos le facilitamos la siguiente información sobre el tratamiento. Responsable: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO. Finalidad: Gestionar su solicitud de ejercicio de derechos. Legitimación: Obligación legal, de atender su solicitud. Plazo de conservación: Hasta la resolución de su solicitud y durante los plazos de prescripción de las posibles responsabilidades que se pudieran derivar del tratamiento de los datos. Derechos que le asisten: acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, así como el de reclamar ante la Autoridad de Control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Contacto ejercicio derechos: calle Velázquez 124, 28006 Madrid o a la dirección de e-mail: [aeds@aeds.org](mailto:aeds@aeds.org)