

FORMULARIO DE EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE

D. / D^a. _____, mayor de edad, con documento identificativo nº _____, del que se acompaña fotocopia,

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

D. / D^a. _____, 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, manifiesta el deseo de ejercer el derecho de supresión, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

SOLICITO

Que se proceda a acordar la supresión de mis datos personales en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada.

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar total o parcialmente la supresión solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda.

Que en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados a otros responsables del tratamiento, se comunique esta supresión.

Ena.....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). Contacto ejercicio derechos: calle Velázquez 124, 28006 Madrid o a la dirección de e-mail: aeds@aeds.org