

FORMULARIO DE EJERCICIO DEL DERECHO DE LIMITACIÓN

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 limitación, de conformidad con lo previsto en el artículo 18 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

SOLICITO

Que se limite el tratamiento de mis datos personales, teniendo en consideración:

- Que el tratamiento es ilícito y me opongo a su supresión.
- Que el responsable ya no necesita mis datos personales para los fines para los cuales fueron recabados, pero los necesito para la formulación, ejercicio o defensa de mis reclamaciones.

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de un mes, y que se comunique esta limitación a cada uno de los destinatarios que ese responsable del tratamiento haya comunicado mis datos personales.

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