

FORMULARIO GENERAL SOLICITUD DERECHOS

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, conforme a la normativa vigente en materia de datos de carácter personal:

- El derecho de acceso.
- El derecho de rectificación.
- El derecho de supresión (derecho al olvido).
- El derecho a la limitación del tratamiento.
- El derecho a la portabilidad de los datos.
- El derecho de oposición.
- El derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, incluida la elaboración de perfiles.

INFORMACIÓN ADICIONAL

En _____ a _____ de _____ de _____.

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