

MODELO DE SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS DEL INTERESADO

ASOCIACION IBEROAMERICANA DE DERECHO SANITARIO es el Responsable del tratamiento de sus datos personales y le informa de que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), con la finalidad de atender y gestionar su solicitud de ejercicio de los derechos que le confiere el GDPR en base a una obligación legal (art. 6.1.c GDPR) y conservarlos durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictaminen su custodia. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Asimismo, se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a ASOCIACION IBEROAMERICANA DE DERECHO SANITARIO en Calle de Velázquez, 124 - 28006 Madrid (Madrid) y el de reclamación a www.aepd.es.

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL.

D./ D^a., mayor de edad, con domicilio en n.º....., Localidad..... C.P..... Provincia..... Comunidad Autónoma..... Teléfono Correo electrónico: con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho como interesado conforme a los artículos 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23 del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (GDPR), y, en consecuencia,

SOLICITA

Que se le facilite gratuitamente el derecho de:

☐	Acceso a sus datos
☐	Rectificación de sus datos
☐	Supresión de sus datos
☐	Portabilidad de sus datos
☐	Limitación del tratamiento de sus datos
☐	Oposición al tratamiento de sus datos
☐	No ser objeto de elaboración de perfiles

Que, conforme al art. 12 del GDPR, en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud (plazo que puede prorrogarse a máximo 2 meses para casos complejos), se responda a la presente solicitud y que se remita por (marcar la casilla correspondiente con una X):

☐	Correo certificado
☐	Correo electrónico

En Madrid,

Nombre, con NIF

Representante legal de, con NIF

Firma: