

DATOS DO RESPONSABLE DO TRATAMENTO

Nome / razón social:

Dirección da Oficina / Servizo ante o que se exercita o dereito de portabilidade dos datos

C.I.F./D.N.I.

DATOS DO INTERESADO OU REPRESENTANTE LEGAL

D./D^a., maior de idade, con domicilio na C/Praza nº....., Localidade Provincia C.P. con D.N.I....., do que acompaña copia, por medio do presente escrito exerce o dereito de supresión, de conformidade co previsto no **artigo 20 do Regulamento Europeo de Protección de (UE) 679/2016** e, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se lle faciliten a portabilidade dos datos persoais sobre os cales se exercita o dereito, que se realice no prazo máximo dun mes a contar desde a recollida desta solicitude nun formato estruturado, de uso común e lectura mecánica.

Que, si os datos do interesado non se puidesen copiar nun formato estruturado, de uso común e de lectura mecánica e/ou transmitilos a outro responsable, porque non se cumpren os requisitos necesarios para ser tecnicamente posible, non procedéndose a practicar total ou parcialmente a portabilidade proposta, comuníquese me motivadamente a fin de, no seu caso, solicitar a tutela da Axencia Española de Protección de Datos, ao amparo da normativa vixente en materia de protección de datos.

Ena.....de.....de 20.....

Asinado