

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre / razón social:

Dirección de la Oficina / Servicio ante el que se ejercita el derecho a la limitación del tratamiento de los datos

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

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D./ D^a., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza nº....., Localidad Provincia C.P. con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de supresión, de conformidad con lo previsto en el **artículo 18 del Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITA,

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.....

Firmado