

DEREITO DE SUPRESIÓN

DATOS DO RESPONSABLE DO TRATAMENTO

Nome / razón social:

Enderezo da Oficina / Servizo ante o que se exercita o dereito de supresión

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

DATOS DO INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D./ D^a., maior de idade, co domicilio na R/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 17 do Regulamento Europeo de Protección de (UE) 679/2016** e, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se proceda a acordar a supresión dos seus datos persoais no prazo dun mes para contar desde a recepción desta solicitude, e que se me notifique de forma escrita o resultado da supresión practicada.

Que no caso de que se acorde que non procede practicar total ou parcialmente a supresión solicitada, comuníquese motivadamente a fin de, no seu caso, reclamar ante a Autoridade de control que corresponda.

Que no caso de que os meus datos persoais fosen comunicados por ese responsable a outros responsables do tratamento, comuníquese esta supresión.

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

Asinado