

EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

Nombre / razón social: Dirección de la Oficina / Servicio
ante el que se ejercita el derecho de acceso: C/Plaza
..... nº C.Postal Localidad
..... Provincia Comunidad Autónoma
.....

DATOS DEL AFECTADO O REPRESENTANTE LEGAL.

D./ D^a., mayor de edad, con
domicilio en la C/Plaza nº.....,
Localidad Provincia C.P.
Comunidad Autónoma con D.N.I....., con correo
electrónico.....por medio del presente escrito ejerce el derecho de acceso, de
conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento UE 2016/679, General de
Protección de Datos (RGPD).

SOLICITA

Que se proceda a acordar la supresión de sus datos personales en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada.

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar total o parcialmente la supresión solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda.

Que en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta supresión.

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

Firmado: