

SOLICITUD DEL EJERCICIO DE DERECHO DE SUPRESIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

Nombre / razón social: CLÍNICA MÉDICA VILLALBA S.A. con C.I.F A80893019 cuya dirección de la oficina / servicio ante el que se ejercita el derecho de acceso: C / Pereda nº 1 y 3, Código Postal 28400, Localidad Collado Villalba, Provincia de Madrid, Comunidad Autónoma Madrid.

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

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

SOLICITA,

Que se proceda a acordar la supresión de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada. Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un (1) mes hábil que no procede acceder a practicar total o parcialmente las supresiones propuestas, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, solicitar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos, al amparo del artículo 17 del RGPD. Que si los datos suprimidos hubieran sido comunicados previamente se notifique al responsable del fichero la cancelación practicada con el fin de que también éste proceda a hacer las correcciones oportunas para que se respete el deber de calidad de los datos.

En....., a.....de.....de.....

Firma del interesado,