

## EXERCICIO DE DEREITO Á LIMITACIÓN DO TRATAMENTO

### DATOS DO RESPONSABLE DO TRATAMENTO

**Nome / razón social:** Federación Galega de Dano Cerebral (Dano Cerebral Galicia)

**Enderezo da oficina / servizo perante o que se exercita o dereito de acceso:**

Rúa Galeras, 17, 2º, oficina 5, 15705 Santiago de Compostela (A Coruña)

**CIF:** G70191051

### DATOS DA PERSOA INTERESADA OU REPRESENTANTE LEGAL

D. / D<sup>a</sup>. .....  
maior de idade, con domicilio na R / Praza  
..... nº ....., Localidade  
..... Provincia ..... C.P.  
.....

con D.N.I. ...., do que acompaño copia, por medio do presente escrito exerxe o dereito de limitación do tratamento, de conformidade co previsto no artigo 15 do Regulamento Europeo de Protección de Datos (UE) 679/2016 e, en consecuencia,

SOLICITO,

Que se limite o tratamento dos meus datos persoais, tendo en consideración:

- Que o tratamento é ilícito e me opoño á súa supresión.
- Que o responsable xa non necesita os meus datos persoais para os fins para os cales foron solicitados, pero necesítoos para a formulación, exercicio ou defensa das miñas reclamacións.

Que sexa atendida a miña solicitude nos termos anteriormente expostos no prazo dun mes, e que se comunique esta limitación a cada un dos destinatarios que ese responsable do tratamento comunique os meus datos persoais.

En ....., a ..... de ..... de 20.....

Asinado