

EXERCICIO DE DEREITO DE SUPRESIÓN

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, Despacho 5, 15705 Santiago de Compostela (A Coruña)

CIF: G70191051

DATOS DA PERSONA INTERESADA OU REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a.
maior de idade, con 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 15 do Regulamento Europeo de Protección de Datos (UE) 679/2016 e, en consecuencia,

SOLICITO,

Que se proceda a acordar a supresión dos meus datos persoais no prazo dun mes a 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, se me comunique motivadamente a fin de, no seu caso, reclamar ante a Autoridade de control que corresponda.

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

En, a de de 20.....

Asinado