

Nombre / Razón Social:.....
Dirección de la Oficina / Servicio ante el que se ejercita el derecho de acceso.....
..... C.I.F./D.N.I.:.....

D./Da....., mayor de
edad, con domicilio en la C/Plaza..... n°
Localidad..... Provincia..... C.P.....
con D.N.I....., 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 Europeo de Protección de Datos (UE) 679/2016 y, en consecuencia,

1. 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.
2. 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.
3. Que en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta supresión.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firmado: