

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

- Nombre/ razón social del Responsable del tratamiento:

- C.I.F. _____

- Dirección de la oficina/ servicio ante el que se ejercita el derecho de acceso:

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 supresión, 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 Madrid, a _____

Firma del interesado,