

EXERCICIO DE DEREITO DE ACCESO – GAL

DATOS DO RESPONSABLE DO TRATAMENTO

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

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 DO/A INTERESADO/A 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 acceso, de conformidade co previsto no artigo 15 do **Regulamento Europeo de
Protección de Datos (UE) 679/2016** e, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se lle facilite gratuitamente o dereito de acceso por ese responsable no prazo dun mes a
contar desde a recepción desta solicitude, e que se remita, ao enderezo arriba indicado, a seguinte
información:

- Copia dos meus datos persoais que son obxecto de tratamento por ese responsable.
- Os fins do tratamento, así como as categorías de datos persoais que se tratan.
- Os destinatarios ou categorías de destinatarios aos que se comunicaron os meus datos persoais,
ou serán comunicados, incluíndo, no seu caso, destinatarios en terceiros ou organizacións
internacionais.
- Información sobre as garantías adecuadas relativas á transferencia dos meus datos a un terceiro
país ou a unha organización internacional, no seu caso.
- O prazo previsto de conservación, ou de non ser posible, os criterios para determinar este prazo.
- Se existen decisións automatizadas, incluíndo a elaboración de perfís, información significativa
sobre a lóxica aplicada, así como a importancia e consecuencias previstas de devandito
tratamento.
- Se os meus datos persoais non se obtiveron directamente de min, a información dispoñible sobre
a súa orixe.
- A existencia do dereito a solicitar a rectificación, supresión ou limitación do tratamento dos meus
datos persoais, ou a opoñerme a devandito tratamento.
- O dereito a presentar unha reclamación perante unha autoridade de control.

En, a de de 20.....

Asinado

EJERCICIO DE DERECHO DE ACCESO – ES

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre / razón social: Federación Galega de Dano Cerebral (FEGADACE)

Dirección de la oficina / servicio ante el que se ejercita el derecho de acceso: Rúa Galeras, 17, 2º,
Despacho 5, 15705 Santiago de Compostela (A Coruña)

CIF: G70191051

DATOS DEL / DE LA INTERESADO/A O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., mayor de edad,
con domicilio en la C / Plaza nº,
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 15 del **Reglamento Europeo de
Protección de Datos (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se le facilite gratuitamente el derecho de acceso por ese responsable en el plazo de un mes a
contar desde la recepción de esta solicitud, y que se remita, a la dirección arriba indicada, la
siguiente información:

- Copia de mis datos personales que son objeto de tratamiento por ese responsable.
- Los fines del tratamiento, así como las categorías de datos personales que se traten.
- Los destinatarios o categorías de destinatarios a los que se han comunicado mis datos personales,
o serán comunicados, incluyendo, en su caso, destinatarios en terceros u organizaciones
internacionales.
- Información sobre las garantías adecuadas relativas a la transferencia de mis datos a un tercer
país o a una organización internacional, en su caso.
- El plazo previsto de conservación, o de no ser posible, los criterios para determinar este plazo.
- Si existen decisiones automatizadas, incluyendo la elaboración de perfiles, información
significativa sobre la lógica aplicada, así como la importancia y consecuencias previstas de dicho
tratamiento.
- Si mis datos personales no se han obtenido directamente de mí, la información disponible sobre
su origen.
- La existencia del derecho a solicitar la rectificación, supresión o limitación del tratamiento de mis
datos personales, o a oponerme a dicho tratamiento.
- El derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

En, a de de 20.....

Firmado