

EXERCICIO DE DEREITO DE SUPRESIÓN – 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 supresión, de conformidade co previsto no artigo 15 do **Regulamento Europeo de
Protección de Datos (UE) 679/2016** e, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se proceda a acordar a supresión dos seus 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

EJERCICIO DE DERECHO DE SUPRESIÓN – 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 supresión, 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 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.

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.

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