

**EXERCICIO DE DEREITO A NON SER OBJECTO DE DECISIONS INDIVIDUALIZADAS  
– 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. / Dª. ...., 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,

Non ser obxecto dunha decisión baseada unicamente no tratamento automatizado, incluída a  
elaboración de perfís, que me produza efectos xurídicos ou me afecte significativamente de modo  
similar, en particular nos seguintes aspectos:

.....  
Que se adopten as medidas necesarias para salvagardar os meus dereitos e liberdades, así como  
os meus intereses lexítimos, o dereito á intervención humana e que poida expoñer o meu punto  
de vista e impugnar a decisión, todo iso no caso de que o tratamento dos meus datos persoais se  
fundamente na celebración ou execución dun contrato, ou ben no meu consentimento explícito.  
Que sexa atendida a miña solicitude nos termos anteriormente expostos no prazo dun mes.

En ..... a ..... de ..... de 20.....

Asinado

## EJERCICIO DE DERECHO A NO SER OBJETO DE DECISIONES INDIVIDUALIZADAS – 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<sup>a</sup>. ....., 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,

No ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles, que me produzca efectos jurídicos o me afecte significativamente de modo similar, en particular en los siguientes aspectos:

.....  
Que se adopten las medidas necesarias para salvaguardar mis derechos y libertades, así como mis intereses legítimos, el derecho a la intervención humana y que pueda exponer mi punto de vista e impugnar la decisión, todo ello en el supuesto de que el tratamiento de mis datos personales se fundamente en la celebración o ejecución de un contrato, o bien en mi consentimiento explícito.  
Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de un mes.

En ....., a ..... de ..... de 20.....

Firmado