

## EXERCICIO DE DEREITO Á LIMITACIÓN DO TRATAMENTO – 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<sup>a</sup>. ....., 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 limitación do tratamento, de conformidade co previsto no artigo 15 do **Regulamento  
Europeo de Protección de Datos (UE) 679/2016** e, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se limite o tratamento dos meus datos persoais, tendo en consideración:

- Que o tratamento é ilícito e opóñome á súa supresión.
- Que o responsable xa non necesita os meus datos persoais para os fins para os cales foron solicitados, pero necesítoos para a formulación, exercicio ou defensa das miñas reclamacións.

Que sexa atendida a miña solicitude nos termos anteriormente expostos no prazo dun mes, e que se comunique esta limitación a cada un dos destinatarios que ese responsable do tratamento comunique os meus datos persoais.

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

Asinado

## EJERCICIO DE DERECHO A LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO – 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 a la limitación del tratamiento, 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 limite el tratamiento de mis datos personales, teniendo en consideración:

- Que el tratamiento es ilícito y me opongo a su supresión.
- Que el responsable ya no necesita mis datos personales para los fines para los cuales fueron recabados, pero los necesito para la formulación, ejercicio o defensa de mis reclamaciones.

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de un mes, y  
que se comunique esta limitación a cada uno de los destinatarios que ese responsable del  
tratamiento haya comunicado mis datos personales.

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

Firmado