

FORMULARI PER A L'EXERCICI DEL DRET DE SUPRESSIÓ

A _____, a __ de _____ de 20__.

DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Nom: PAU SIMARRO ADVOCATS

Direcció: RAMBLA FERRAN, 2, 5^è-B

C. Postal: 25007

Província: LLEIDA

Tel: 973 254 774

Correu electrònic: despatx@simarroadvocats.com

DADES DE L'INTERESSAT O REPRESENTANT LEGAL¹

Sr./Sra. _____, major d'edat, amb domicili a _____, codi postal _____, en la localitat de _____, província de _____ D.N.I. número _____, **del qual acompanya fotocòpia**, a través del present escrit exerceix el dret de supressió, de conformitat amb el previst en l'**article 17 del Reglament (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo i del Consell, de 27 de abril de 2016 i en l'article 15 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals**. En conseqüència,

¹ També podrà exercir-se a través de representació legal, en aquest cas, a part del DNI de l'interessat, s'haurà d'aportar el DNI i el document acreditatiu autèntic de la representació del tercer.

SOL·LICITA:

1. Que es procedeixi gratuïtament a l'efectiva supressió, en el termini d'un mes a comptar des de la recepció d'aquesta sol·licitud, de les meves dades personals que es relacionen a continuació:

2. Que se li notifiqui per escrit, còpia o fotocòpia remesa per correu a la direcció dalt indicada el resultat de la supressió practicada.
3. Que en cas de què s'acordi, dins del termini d'un mes, que no procedeix accedir a practicar, total o parcialment, la supressió proposada, se li comuniqui motivadament amb la finalitat de què, en el seu cas, exerceixi els drets que legalment corresponguin.

Si no s'atén aquesta sol·licitud de supressió, té dret a interposar la reclamació oportuna davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades.

Firma manual

Firma electrònica