

DERECHO DE SUPRESIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Razón social: Federación Autismo Galicia

Dirección de la Oficina ante el que se ejercita el derecho de supresión: Rúa Home Santo de Bonaval, 74, 15703 Santiago de Compostela.

C.I.F G 15549306

DATOS DEL INTERESADO 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 17 del Reglamento Europeo de Protección de (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.

Ena.....de.....de 20.....

Firmado