

## EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.
Nombre / razón social: Dirección de la Oficina / Servicio ante el que se ejercita el derecho de acceso: C/Plaza
Provincia Comunidad Autónoma
DATOS DEL AFECTADO O REPRESENTANTE LEGAL.
D./ D <sup>a</sup> , mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza
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.
Endede 20

Firmado:



## **INSTRUCCIONES**

1. Este modelo se utilizará por el afectado cuando solicite la supresión de los datos por concurrir alguno de los supuestos contemplados en el Reglamento General de Protección de Datos. Por ejemplo, tratamiento ilícito de datos, o cuando haya desaparecido la finalidad que motivó el tratamiento o recogida.

No obstante, se prevén ciertas excepciones en las que no procederá acceder a este derecho. Por ejemplo, cuando deba prevalecer el derecho a la libertad de expresión e información.

2. Será necesario aportar fotocopia del D.N.I. o documento equivalente que acredite la identidad y sea considerado válido en derecho, en aquellos supuestos en que el responsable tenga dudas sobre la identidad. En caso de que se actúe a través de representación legal se deberá aportar además, DNI y documento acreditativo de la representación del representante.