

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 supresión: C/Plaza
nº C.Postal Localidad
Provincia Comunidad Autónoma

DATOS DEL AFECTADO O REPRESENTANTE LEGAL.

D./ D^a. , mayor de edad, con
domicilio en la C/Plaza n^o ,
Localidad Provincia C.P.
Comunidad Autónoma con D.N.I. , con correo
electrónico por medio del presente escrito ejerce el derecho
de supresión, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento UE
2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

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.

Se recomienda que acompañe al presente formulario un escrito en el que exponga de manera detallada todos los datos que permitan identificar el objeto de su pretensión.

En a de de 20

Firmado:

SR. ALCALDE – PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE SANT JOAN D'ALACANT

*Sant Joan d'Alacant – CP. 03550 – Casa Consistorial: Plaça d'Espanya, 1. Tel. 965 65 32 45. Oficines Generals:
Plaça de l'Església, 2. Tel. 966 01 31 00. CIF P-0311900-E*