

EJERCICIO DERECHOS DE PROTECCIÓN DE DATOS

"DERECHO DE SUPRESIÓN"

(Artículo 17 Reglamento General de Protección de Datos y artículo 15 Ley Orgánica de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales)

1. DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

Tipo documento: (*)	Número de documento: (*)	Nombre:
Primer apellido:	Segundo apellido:	
País:	Provincia:	
ESPAÑA		
Municipio: (*)	Tipo vía: (*)	Domicilio: (*)
Número:	Portal:	
Escalera:	Planta:	Puerta:
Correo electrónico:	Móvil:	C.P.: (*)
		Teléfono:

2. DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE (en caso de minoría de edad o incapacidad del solicitante)

Tipo documento:	Número de documento:	Nombre:
Primer apellido:	Segundo apellido:	
País:	Provincia:	
ESPAÑA		
Municipio:	Tipo vía:	Domicilio:
Número:	Portal:	
Escalera:	Planta:	Puerta:
Correo electrónico:	Móvil:	C.P.:
		Teléfono:

3. DATOS DEL TRATAMIENTO Y DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Formulamos solicitud al Il. Colegio Oficial de Dentistas de Málaga, en los términos siguientes: (si tiene dudas puede consultar con el Delegado de [Protección de Datos \(info@coema.org\)](mailto:info@coema.org))

Actividad de tratamiento:

Área /Departamento: (*)

Dirección

Trámite o actuación relacionada con la solicitud:

4. TIPO DE ACTUACIÓN QUE SOLICITA

Señale con una X el tipo de actuación que quiere realizar:

☐

Supresión:

Solicita que se proceda a la supresión de sus datos personales, que se encuentran en el Registro de Actividades (en caso de señalarlo), o en el Área/Departamento indicado, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada, en el plazo de un mes.

Señale el motivo por el que se solicita la supresión:

- ☐ Los datos ya no son necesarios en relación con los fines para los que se recogieron.
- ☐ El afectado retira en este acto su consentimiento (solo cuando el tratamiento se legitime en base a esto).
- ☐ Los datos han sido tratados ilícitamente.
- ☐ Los datos deben suprimirse por una obligación legal.

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar total o parcialmente la supresión solicitada, se me comunique motivadamente a fin de que, en su caso, pueda acudir a la Agencia Española de Protección de Datos.

Puede indicarnos más datos sobre su solicitud a continuación:

5. TIPO DE ACTUACIÓN QUE SOLICITA

☐

Del afectado:

- ☐ DNI del interesado, pasaporte u otro documento válido que lo identifique y, en su caso, de la persona que lo represente (sólo en caso de tramitación presencial)
- ☐ Situaciones de incapacidad o minoría de edad: los derechos podrán ejercitarse por su representante legal, siendo necesario acreditar tal condición (sólo en caso de tramitación presencial)
- ☐ Representante voluntario: deberá aportar su DNI o documento equivalente y la representación conferida por el afectado o interesado (sólo en caso de tramitación presencial)

☐

Documentación justificativa del derecho que se ejerza en cada caso. Documentación, acreditativa de las causas que justifiquen la petición de supresión.

Responsable: Iltr. Colegio Oficial de Dentistas de Málaga, con domicilio en: Pasillo de Atocha, 3-1 izquierda 29005 Málaga y teléfono: 952060024.
Finalidad: Atender las solicitudes de las personas en el ejercicio de los derechos que establece el Reglamento General de Protección de Datos. No están previstas las cesiones de datos, salvo obligación legal. Ni la transferencia internacional de datos. Tratamos sus datos para el cumplimiento de obligaciones legales.

www.coema.org

☐

He sido informado de que en caso de no obtener satisfacción en el ejercicio de mis derechos, puedo presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos o ante el Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía (actividades sujetas a D. Administrativo).

www.aepd.es // www.ctpdandalucia.es

FIRMANTE

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma

INSTRUCCIONES

- 1.- Será necesario aportar fotocopia del D.N.I. o documento equivalente que acredite la identidad y sea considerado válido en derecho. En caso de que se actúe a través de representación legal o voluntaria, deberá aportarse, además, D.N.I. y documento acreditativo de la representación del representante.
- 2.- Este modelo se utilizará por el afectado cuando desee la supresión de los datos cuando concurra alguno de los supuestos contemplados en el Reglamento.
- 3.- Le pondremos en contacto con nuestro Delegado de Protección de Datos, para que pueda ayudarle en la tramitación de la presente petición y mediar en la correcta resolución de la misma.
- 4.- Deberá dirigirse directamente al Área o Departamento del que presume o tiene la certeza de que posee sus datos.
- 5.- Que en caso de que sus datos hayan sido comunicados a otros responsables, se les comunique también esta supresión.

Puede ampliar la información en nuestra web: www.coema.org o al email: info@coema.org