

## MODELO DE SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS DEL INTERESADO

(Debe adjuntar copia DNI, pasaporte o documento identificativo válido)

### DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:

RAZÓN SOCIAL: CARMELO SALGUERO CANO (CLÍNICA MELOW)

NIF 74742770S

Dirección: C/Pablo Gargallo, 4, local 6. 29006 Málaga

Email: hola@clanicamelow.com

### DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL:

D./ D<sup>a</sup>. ....., mayor de edad, con domicilio en..... n<sup>o</sup>....., Localidad..... C.P..... Provincia..... Comunidad Autónoma..... Teléfono ..... Correo Electrónico: ..... con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho como interesado conforme a los artículos 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23 del Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD), y en consecuencia,

### SOLICITA,

Que se le facilite gratuitamente el derecho de (marcar con una X solo una casilla):

<input type="checkbox"/>	Acceso a sus datos
<input type="checkbox"/>	Rectificación de sus datos
<input type="checkbox"/>	Supresión de sus datos
<input type="checkbox"/>	Portabilidad de sus datos
<input type="checkbox"/>	Limitación del tratamiento de sus datos
<input type="checkbox"/>	Oposición al tratamiento de sus datos
<input type="checkbox"/>	No ser objeto de elaboración de perfiles

Que, conforme al art. 12 del RGPD en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud (plazo que puede prorrogarse a máximo 2 meses para casos complejos) se responda a la presente solicitud y que se remita por (marcar la casilla correspondiente con una X):

<input type="checkbox"/>	Correo Ordinario
<input type="checkbox"/>	Correo Electrónico

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Nombre ....., con NIF .....

Representante legal de ....., con NIF .....

Firma:

---