**SOLICITUD DE CANCELACIÓN**

**DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO**

**Responsable del fichero:** Clínica Dental y Maxilofacial Dr. Manuel Vallecillo

**C.I.F.:** B18439208

**Direcciones a las que dirigir su solicitud de acceso:**

- Servicio de protección al consumidor-

c/ Mesones, 1, 1ºB y C, 18001, Granada

[consultas@clinicavallecillo.es](mailto:consultas@clinicavallecillo.es)

**DATOS DEL SOLICITANTE:**

D/Dª.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_, piso\_\_, letra\_\_, CP\_\_\_\_\_\_\_, localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del que se acompaña fotocopia, y correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de CANCELACIÓN de conformidad con el artículo 17 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta el tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), respecto de sus datos o respecto de los de la siguiente entidad, cuyo documento acreditativo de la representación adjunta:

Denominación social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio social en calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº\_\_, piso\_\_, letra\_\_, CP\_\_\_\_\_\_\_, localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CIF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Por lo tanto, SOLICITA que:

1) Que se proceda a la efectiva supresión de los datos relativos a mi persona que se encuentren en sus FICHEROS, sin dilación indebida y a más tardar en el plazo de un mes conforme a lo estipulado en la normativa, por el siguiente motivo (marcar con una X la opción en la que se basa la solicitud):

* Los datos personales ya no son necesarios en relación con los fines para los que fueron recogidos.
* Retiro el consentimiento en que se basa el tratamiento, y este no está basado en otro fundamento jurídico.
* Los datos personales han sido tratados ilícitamente.
* Los datos personales deben suprimirse para el cumplimiento de una obligación legal establecida en (especificar normativa).
* Se trata de datos obtenidos en relación a una oferta de servicios de la sociedad de la información efectuada a menores de 16 años.

2) Los datos que hay que suprimir se enumeran en la hoja anexa, haciendo referencia a los documentos que se acompañan en esta solicitud y que acreditan la procedencia de la misma.

3) Que si los datos personales se han hecho públicos, solicito que se adopten las medidas técnicas necesarias para informar a otros responsables de mi solicitud de borrar mi información personal, incluyendo cualquier enlace a esos datos personales o cualquier copia o réplica de los mismos.

4) Cualquier comunicación que hubiere lugar, ruego la realicen a la dirección arriba indicada.

5) Que en caso de que el responsable del fichero considere que la supresión no procede lo comunique al interesado.

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_

Firmado

DATOS QUE DEBEN RECTIFICARSE

1.--‐ Dato incorrecto:

Documento acreditativo:

2.--‐ Dato incorrecto:

Documento acreditativo:

3.--‐ Dato incorrecto:

Documento acreditativo:

4.--‐ Dato incorrecto:

Documento acreditativo: