**EJERCICIO DERECHO DE OPOSICIÓN**

**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 OPOSICIÓN de conformidad con el artículo 21 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 del uso de sus datos o respecto del 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

EXPONGO,

Que me opongo al tratamiento de mis datos o de los de la entidad indicada, por los siguientes motivos:

Para acreditar la situación descrita, acompaño copia de los siguientes documentos:

SOLICITO,

Que sea atendido mi ejercicio del derecho de oposición en los términos anteriormente expuestos, y que en caso de que el responsable del fichero no disponga de datos personales deberá comunicarlo en el plazo de 10 días.

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

Firmado: