**MODELO DE EJERCICIO DE DERECHO DE PORTABILIDAD**

**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 portabilidad, de conformidad con lo previsto en el artículo 20 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).

SOLICITO,

Que se proceda a acordar la portabilidad de los datos personales que sobre mi persona haya sido tratado por la sociedad, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la portabilidad. Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un (1) mes hábil que no procede acceder a practicar total o parcialmente el derecho propuesto, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, solicitar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos, al amparo del artículo 20 del RGPD.

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

Firmado