

# EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

## DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS MIGUEL HERNÁNDEZ domiciliada en CALLE PAÍS VALENCIANO S/N de ORIHUELA, con CIF G53415816. Delegada de Protección de Datos M<sup>a</sup> Magdalena Ruiz Campillo ✉ malenaruiz@alianzaabogados.es

## DATOS DEL INTERESADO

D/ D<sup>a</sup> ..... mayor de edad, con domicilio en ..... de la localidad ..... provincia de ..... con D.N.I ....., del que se acompaña fotocopia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de acceso, de conformidad con lo previsto en el artículo 21 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos.

## DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

(en el caso de que el interesado se encuentre en situación de incapacidad o menores de 14 años)

D/ D<sup>a</sup> ..... mayor de edad, con domicilio en ..... de la localidad ..... provincia de ..... con D.N.I ....., del que se acompaña fotocopia, por medio del presente escrito, en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita con el poder adjunto.

## SOLICITA

Que se proceda a acordar la supresión de sus datos personales en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada.

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar total o parcialmente la supresión solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda.

Que en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta supresión.

En ....., a 6 de octubre de 2022

Fdo.