

DERECHO DE SUPRESIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

Nombre/razón social: CONSEJO REGIONAL DE TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO DE CASTILLA-LA MANCHA, con domicilio en Bajada del Calvario s/n 45002 Toledo

DATOS DEL AFECTADO O REPRESENTANTE LEGAL¹

D./ D^a., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza n^o....., Localidad Provincia C.P. Comunidad Autónoma con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de supresión, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y en consecuencia,

SOLICITA,

Que, en el plazo de DIEZ DÍAS HÁBILES a contar desde la recepción de esta solicitud, se proceda a la supresión de mis datos personales, por la siguiente causa (*elegir una*)

- Mis datos personales ya no son necesarios en relación con los fines para los que fueron recogidos y/o se están tratando de otro modo;*
- Retiro el consentimiento en que se basa el tratamiento de mis datos personales;*
- Me opongo al tratamiento de mis datos personales;*
- Mis datos personales han sido tratados ilícitamente;*
- Mis datos personales deben suprimirse para el cumplimiento de una obligación legal establecida en el Derecho de la Unión o de los Estados miembros (explicar cuál);*
- Mis datos personales se han obtenido en relación con la oferta de servicios de la sociedad de la información.*

Si los datos suprimidos hubieran sido comunicados previamente a otro responsable del tratamiento, se notifique a éste la supresión practicada con el fin de que también éste

¹ También podrá ejercerse a través de representación legal, en cuyo caso, además del DNI del interesado, habrá de aportarse DNI y documento acreditativo auténtico de la representación del tercero.



proceda a hacer las correcciones oportunas, en los términos a que se refiere el Reglamento (UE) 2016/679).

Ena.....de.....de 20.....

Firmado: