

Modelo de ejercicio del derecho de limitar las decisiones individuales automatizadas

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

Nombre / razón social: BRATOS M. MORILLO CLÍNICA DENTAL, S.L.P con B 80786726 cuya dirección de la oficina / servicio ante el que se ejercita el derecho de limitar las decisiones individuales automatizadas: Av. El Ferrol 18 1-4 28029, Madrid, Código Postal 28029, Provincia de Madrid.

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., con D.N.I....., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº, Localidad..... Provincia..... C.P..... Comunidad Autónoma....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de limitar las decisiones individuales automatizadas, de conformidad con lo previsto en el artículo 22 del Reglamento General de Protección de Datos (en adelante RGPD),

EXPONGO,

Que se proceda a acordar la limitación de decisiones individuales automatizadas 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 limitación. 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 22 del RGPD.

En Madrid, a de de

Firma del interesado,

Modelo de ejercicio del derecho de oposición

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

Nombre / razón social: BRATOS M. MORILLO CLÍNICA DENTAL, S.L.P con B 80786726 cuya dirección de la oficina / servicio ante el que se ejercita el derecho de oposición: Av. El Ferrol 18 1-4 28029, Madrid, Código Postal 28029, Provincia de Madrid.

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., con D.N.I....., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº, Localidad..... Provincia..... C.P..... Comunidad Autónoma....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de oposición, de conformidad con lo previsto en el artículo 21 del Reglamento General de Protección de Datos (en adelante RGPD),

EXPONGO,

(Describir la situación en la que se produce el tratamiento de sus datos personales y enumerar los motivos por los que se opone al mismo)

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

(Enumerar los documentos que adjunta con esta solicitud para acreditar la situación que ha descrito)

SOLICITO,

Que sea atendido mi ejercicio del derecho de oposición en los términos anteriormente expuestos.

En Madrid, a de de

Firma del interesado,

Modelo de ejercicio de derecho de portabilidad

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

Nombre / razón social: BRATOS M. MORILLO CLÍNICA DENTAL, S.L.P con B 80786726 cuya dirección de la oficina / servicio ante el que se ejercita el derecho de portabilidad: Av. El Ferrol 18 1-4 28029, Madrid, Código Postal 28029, Provincia de Madrid.

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., con D.N.I....., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº, Localidad..... Provincia..... C.P..... Comunidad Autónoma....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de portabilidad, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento General de Protección de Datos (en adelante RGPD),

SOLICITA,

Que se proceda a acordar la portabilidad de los datos personales que sobre mi persona hayan sido tratados 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 Madrid, a de de

Firma del interesado,

,

Modelo de ejercicio de derecho de limitación del tratamiento

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

Nombre / razón social: BRATOS M. MORILLO CLÍNICA DENTAL, S.L.P con B 80786726 cuya dirección de la oficina / servicio ante el que se ejercita el derecho de limitación del tratamiento: Av. El Ferrol 18 1-4 28029, Madrid, Código Postal 28029, Provincia de Madrid.

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., con D.N.I....., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº, Localidad..... Provincia..... C.P..... Comunidad Autónoma....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de limitación del tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 18 del Reglamento General de Protección de Datos (en adelante RGPD),

SOLICITA,

Que se proceda a acordar la limitación del tratamiento de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la limitación practicada. 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 18 del RGPD.

En Madrid, a de de

Firma del interesado,

,

Modelo de ejercicio de derecho de supresión

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

Nombre / razón social: BRATOS M. MORILLO CLÍNICA DENTAL, S.L.P con B 80786726 cuya dirección de la oficina / servicio ante el que se ejercita el derecho de supresión: Av. El Ferrol 18 1-4 28029, Madrid, Código Postal 28029, Provincia de Madrid.

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., con D.N.I....., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº, Localidad..... Provincia..... C.P..... Comunidad Autónoma....., 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 General de Protección de Datos (en adelante RGPD),

SOLICITA,

Que se proceda a acordar la supresión de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada. Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un (1) mes hábil que no procede acceder a practicar total o parcialmente las supresiones propuestas, 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 17 del RGPD. Que si los datos suprimidos hubieran sido comunicados previamente se notifique al responsable del fichero la cancelación practicada con el fin de que también éste proceda a hacer las correcciones oportunas para que se respete el deber de calidad de los datos.

En Madrid, a de de

Firma del interesado,

Modelo de ejercicio de derecho de rectificación

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

Nombre / razón social: BRATOS M. MORILLO CLÍNICA DENTAL, S.L.P con B 80786726 cuya dirección de la oficina / servicio ante el que se ejercita el derecho de rectificación: Av. El Ferrol 18 1-4 28029, Madrid, Código Postal 28029, Provincia de Madrid.

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., con D.N.I....., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº, Localidad..... Provincia..... C.P..... Comunidad Autónoma....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de rectificación, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento General de Protección de Datos (en adelante RGPD),

SOLICITA,

Que se proceda a la rectificación de los datos erróneos relativos a mi persona que se encuentran en el fichero indicado, de conformidad con el artículo 17 del RGPD.

Los datos que deben rectificarse se enumeran como anexo a la presente solicitud, indicando la corrección que debe efectuarse.

En Madrid, a de de

Firma del interesado,