**EJERCICIO DEL DERECHO DE A LA SUPRESIÓN / CANCELACIÓN**

**DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**

*[Responsable del tratamiento]*, con domicilio *[domicilio]*, C.I.F. *[C.I.F. o N.I.F.]*.

**DATOS DEL AFECTADO o REPRESENTANTE LEGAL**

D./Dª. ………………………..………………………………………………………….…………….., mayor de edad, con domicilio en calle …………………………………………………………….………………………………….. nº………………, localidad …………………………………….……….. provincia …………………………………….. C.P. …………………. con D.N.I. …………………………………………, con correo electrónico …………………………………………………. por medio del presente escrito ejerce el derecho a la supresión/cancelación de los datos, de conformidad con lo previsto en el artículo 15 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).

**SOLICITA**

Se proceda a la supresión de sus datos de carácter personales del solicitante que estén en posesión del Responsable en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud.

Que se comunique al solicitante de forma escrita a la dirección arriba indicada la cancelación de los datos una vez realizada.

En …………………….., a ……… de ………………………… de ………..

Firmado