

Formulario de ejercicio de derecho de cancelación

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS FRASQUITO ESPADA (AMFE) entidad de nacionalidad Española con domicilio en Calle Guadix, 3 de la ciudad de Lucena provincia de Córdoba y provista de CIF nº G-14.516.728.

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a....., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza.....nº....., Localidad..... Provincia..... C.P..... con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de cancelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 16 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en los artículos 31 y 32 del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se desarrolla la misma y en consecuencia,

SOLICITA,

Que se proceda a acordar la cancelación de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho, que se realice en el plazo de diez días a contar desde la recogida de esta solicitud, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la cancelación practicada.

Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de diez días hábiles que no procede acceder a practicar total o parcialmente las cancelaciones 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 18 de la citada Ley Orgánica 15/1999.

Que si los datos cancelados 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 a que se refiere el artículo 4 de la mencionada Ley Orgánica 15/1999.

En.....a.....de.....de 20.....

Firmado