



MODELO DE SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS DEL INTERESADO

El interesado debe adjuntar copia DNI si no se dispone de otra forma de acreditación

Datos del responsable del tratamiento:

RAZÓN SOCIAL: COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE LES ILLES BALEARS NIF: Q0700534A

Datos de contacto para ejercer los derechos: COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE LES ILLES BALEARS. C/ Enric Alzamora, 6 3 4 - 07002 Palma de Mallorca (Illes Balears). E-mail: presidencia@codnib.es. **Datos de contacto del delegado de protección de datos:** Consultancy X3 S.L., Fra Antoni Llinás 8-B, 07010 Palma de Mallorca - gestion@grupox3.es

Datos del interesado:

D./ D^a., mayor de edad, con D.N.I.....con domicilio en n.º....., Localidad..... C.P..... Provincia..... Comunidad Autónoma..... Teléfono Correo electrónico:, por medio del presente escrito ejerce el derecho como interesado conforme a los artículos 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23 del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (RGPD), y, en consecuencia,

SOLICITA

Que se le facilite el derecho de (marcar con una X solo una casilla):

<input type="checkbox"/>	Acceso a sus datos
<input type="checkbox"/>	Rectificación de sus datos
<input type="checkbox"/>	Supresión de sus datos
<input type="checkbox"/>	Portabilidad de sus datos
<input type="checkbox"/>	Limitación del tratamiento de sus datos
<input type="checkbox"/>	Oposición al tratamiento de sus datos
<input type="checkbox"/>	No ser objeto de elaboración de perfiles

Motivo o petición desarrollada:

.....
.....
.....
.....
.....

Que, conforme al art. 12 del RGPD, en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud (plazo que puede prorrogarse a máximo 2 meses para casos complejos), se responda a la presente solicitud y que se remita respuesta de la siguiente manera:.....

En Palma de Mallorca,

Nombre, con NIF

Representante legal de, con NIF

Firma: