



EJERCICIO DE DERECHOS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre o razón social*:

1 apellido*:

2 apellido*:

DNI/NIE/Pasaporte/CIF*:

UNIDAD DONDE SE PRODUJO LA INCIDENCIA

Nombre unidad:

Fecha y hora:

DATOS DE CONTACTO A EFECTO DE NOTIFICACIONES

Correo electrónico*:

Autorizo a comunicaciones electrónicas (muy recomendado)*: Si

Teléfono de contacto*:

Domicilio línea1:

Domicilio línea2:

DERECHO

información acceso rectificación
retirar el consentimiento oposición olvido

TRATAMIENTO

Nombre Tratamiento:

Responsable:

Justificación:

FIRMANTE

En a de de

Firma: