

EJERCICIO DEL DERECHO DE LIMITACIÓN AL OLVIDO

Hospital Mesa del Castillo, S.L.
C/Ronda Sur, 20
30010 - Murcia

D/Dña.....mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en..... y D.N.I. nº....., del que acompaña fotocopia, mediante el presente escrito ejercito el derecho al OLVIDO, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 59 del Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y en consecuencia,

SOLICITO

Que se proceda a la cancelación y olvido de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho, en el plazo de diez días desde la recepción de esta solicitud, y que se me notifique de forma escrita a la dirección arriba indicada el resultado de la cancelación practicada o, en su caso, de forma motivada su denegación. Así mismo, solicito que se borre cualquier rastro de mis datos personales de redes sociales, buscadores y cualquier web al que estos hayan sido cedidos.

Los datos a cancelar son los siguientes:

.....

.....

.....

.....

Si los datos cancelados hubieran sido cedidos previamente, se notifique al Responsable del fichero cesionario la solicitud de olvido practicada, a fin de que éste proceda también a realizar la cancelación oportuna.

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

El interesado.