

## EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

**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 de SUPRESIÓN, 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 supresión 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 supresión practicada o, en su caso, de forma motivada su denegación.

Los datos a cancelar son los siguientes:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

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

El interesado.