



Solicitud del Derecho de Cancelación según Reglamento Europeo de Protección de Datos

Datos del **Responsable del Fichero**:

TRASPIES		C.I.F. : G84149095
Domicilio: Centro Municipal de las Artes, Avda. Pablo Iglesias, s/n		
Código Postal: 28922	Población: Alcorcón	Provincia: Madrid

Datos del **Solicitante**:

Nombre:		D.N.I.:
Domicilio:		
Código Postal:	Población:	Provincia:

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento Europeo de Protección de Datos de Carácter Personal (REPD),

SOLICITA:

- 1.- Que en el plazo máximo de diez días desde la recepción de esta solicitud, se proceda a la efectiva cancelación de cualesquiera datos relativos a mi persona que existan en los ficheros de esa Entidad.
- 2.- Que me comuniquen por escrito, a la dirección arriba indicada, la efectiva cancelación de los datos existentes.
- 3.- Que, en el caso de no considerar procedente la cancelación solicitada, lo comunique igualmente, indicando los motivos y dentro del plazo de diez días, a fin de poder interponer la reclamación prevista en Reglamento Europeo de Protección de Datos.

_____ a ____ de _____ de 20__

Firma del **Solicitante**.....

Nota: Se debe acompañar obligatoriamente fotocopia del DNI