

**ANEXO
XV - E****EJERCICIO DEL DERECHO
DE ACCESO****DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**

GRUPO MÉDICO RIPOLL SLP
C/ MIGUEL HERNÁNDEZ, 12
30011 - MURCIA (MURCIA).

DATOS DEL AFECTADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a. _____ mayor de edad, con domicilio en
la C / Plaza _____ C.P. _____ Localidad
_____ Prov. _____ con D.N.I. _____ con correo electrónico
_____ por medio del presente escrito ejerce el derecho de supresión, de conformidad
con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento UE 2016 / 679, General de Protección de Datos (RGPD).

SOLICITA

Que se le facilite gratuitamente el derecho de acceso por ese responsable en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se remita, a la dirección arriba indicada, la siguiente información:

- 1 . Copia de mis datos personales que son objeto de tratamiento por ese responsable.
- 2 . Los fines del tratamiento así como las categorías de datos personales que se traten.
- 3 . Los destinatarios o categorías de destinatarios a los que se han comunicado mis datos personales, o serán comunicados, incluyendo, en su caso, destinatarios en terceros u organizaciones internacionales.
- 4 . Información sobre las garantías adecuadas relativas a la transferencia de mis datos a un tercer país o a una organización internacional, en su caso.
- 5 . El plazo previsto de conservación, o de no ser posible, los criterios para determinar este plazo.
- 6 . Si existen decisiones automatizadas, incluyendo la elaboración de perfiles, información significativa sobre la lógica aplicada, así como la importancia y consecuencias previstas de dicho tratamiento.
- 7 . Si mis datos personales no se han obtenido directamente de mí, la información disponible sobre su origen.
- 8 . La existencia del derecho a solicitar la rectificación, supresión o limitación del tratamiento de mis datos personales, o a oponerme a dicho tratamiento.
- 9 . El derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

En MURCIA, a ____ de _____ de 20____.

Firmado:

