

**ANEXO
XV - I****EJERCICIO DEL DERECHO
DE PORTABILIDAD****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 faciliten en el plazo de un mes sus datos personales en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica.

En su caso, que los citados datos personales sean transmitidos directamente al responsable
_____ (especifíquese nombre o razón social),
siempre que sea técnicamente posible.

En MURCIA, a ____ de _____ de 20____.

Firmado:

