

**ANEXO
XV - K****EJERCICIO DEL DERECHO
DE SUPRESIÓN****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 proceda a acordar la supresión de sus datos personales en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada.

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar total o parcialmente la supresión solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda.

Que en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables.

En MURCIA, a ____ de _____ de 20____.

Firmado:

