

**ANEXO  
XV - L****EJERCICIO DEL DERECHO  
AL OLVIDO****DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**

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

**DATOS DEL AFECTADO O REPRESENTANTE LEGAL**

D. / D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ 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:

