

EJERCICIO DERECHOS DE PROTECCION DE DATOS

"DERECHO A LA LIMITACION"

(Artículo 18 Reglamento General de Protección de Datos y artículo 16 Ley Orgánica de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales)

1. DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

Tipo documento: (*)	Número de documento: (*)	Nombre:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Primer apellido:	Segundo apellido:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
País:	Provincia:		
ESPAÑA	<input type="text"/>		
Municipio: (*)	Tipo vía: (*)	Domicilio: (*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número:	Portal:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Escalera:	Planta:	Puerta:	C.P.: (*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico:	Móvil:	Teléfono:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE (en caso de minoría de edad o incapacidad del solicitante)

Tipo documento:	Número de documento:	Nombre:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Primer apellido:	Segundo apellido:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
País:	Provincia:		
ESPAÑA	<input type="text"/>		
Municipio:	Tipo vía:	Domicilio:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número:	Portal:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Escalera:	Planta:	Puerta:	C.P.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico:	Móvil:	Teléfono:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

3. DATOS DEL TRATAMIENTO Y DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Formulamos solicitud a Instituto Medico Miramar S.L. en los términos siguientes: (si tiene dudas puede consultar con el Delegado de Protección de Datos dpo@institutomedicomiramar.com)

Actividad de tratamiento:

Área /Departamento: (*)

Dirección

Trámite o actuación relacionada con la solicitud:

4. TIPO DE ACTUACIÓN QUE SOLICITA

Señale con una X el tipo de actuación que quiere realizar:

Limitación del Tratamiento:

Solicita la limitación de un determinado tratamiento de datos, que se encuentran en el Registro de Actividades (en caso de señalarlo), o en el Area/Departamento indicado.

La limitación del tratamiento puede ser por dos supuestos diferentes, señale el oportuno:

A) Solicita que se suspenda el tratamiento mientras:

- se verifica la exactitud de los datos personales respecto a los que se ha ejercido el derecho de rectificación.
- se decide acerca de la estimación del derecho de oposición ejercido por el interesado.

B) Solicita que se conserven sus datos porque:

- se traten en un tratamiento ilícito y se solicita en vez de que se supriman que se limite su tratamiento.
- ya no se necesiten para los fines del tratamiento, pero el interesado los necesite para la formulación, ejercicio o defensa.

Puede ampliar su petición a continuación:

5. TIPO DE ACTUACIÓN QUE SOLICITA

Del afectado:

- DNI del interesado, pasaporte u otro documento válido que lo identifique y, en su caso, de la persona que lo represente (sólo en caso de tramitación presencial)
- Situaciones de incapacidad o minoría de edad: los derechos podrán ejercitarse por su representante legal, siendo necesario acreditar tal condición (sólo en caso de tramitación presencial)
- Representante voluntario: deberá aportar su DNI o documento equivalente y la representación conferida por el afectado o interesado (sólo en caso de tramitación presencial)

Documentación justificativa del derecho que se ejerza en cada caso. Documentación acreditativa para su conservación o suspensión.

Responsable: Instituto Medico Miramar S.L., Paseo Miramar, núm. 21, Málaga, C.P. 29.016, tlf. 902.304.054

Finalidad: Atender las solicitudes de las personas en el ejercicio de los derechos que establece el Reglamento General de Protección de Datos

No estan previstas las cesiones de datos salvo obligación legal ni la transferencia de internacional de datos

Tratamos sus datos en virtud de su consentimiento y para el cumplimiento de obligaciones legales

www.institutomedicomiramar.com

He sido informado de que en caso de no obtener satisfacción en el ejercicio de mis derechos puedo presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos sita en la calle Jorge Juan, nº6, 28001 Madrid, www.agpd.es

FIRMANTE

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma

INSTRUCCIONES

- 1.- Será necesario aportar fotocopia del D.N.I. o documento equivalente que acredite la identidad y sea considerado válido en derecho. En caso de que se actue a través de representación legal o voluntaria, deberá aportarse, además, D.N.I. y documento acreditativo de la representación del representante.
 - 2.- Este modelo se utilizará por el la limitación del tratamiento de datos, ya sea para solicitar suspensión o conservación de datos.
 - 3.- Le pondremos en contacto con nuestro Delegado de Protección de Datos, para que pueda ayudarle en la tramitación de la presente petición y mediar en la correcta resolución de la misma.
 - 4.- Debera dirigirse directamente al Area o Departamento del que presume o tiene la certeza de que posee sus datos.
 - 5.- Debe acreditar los motivos por los que solicita la limitación. El plazo para que se atendida su solicitud es de un mes.
- Puede ampliar la información en nuestra web: www.institutomedicomiramar.com o en el email: institutomedicomiramar.com