

FORMULARIOS EJERCICIO DERECHOS

(Debe adjuntar copia DNI/NIE/Pasaporte)

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

RAZÓN SOCIAL: Educación para la SALUD, S.L.

CIF: B87728168

Datos de contacto para ejercer los derechos: Avda. de Atenas, 10, 28290, Las Rozas, Madrid.

Correo electrónico: info@schoolnurses.es

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL:

D./ Dª., mayor de edad, con domicilio en..... nº....., Localidad..... C.P..... Provincia..... Comunidad Autónoma..... Teléfono Correo Electrónico: con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho como interesado conforme a los artículos 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23 del Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD), y en consecuencia, SOLICITA, Que se le facilite gratuitamente el derecho de (marcar con una X solo una casilla):

Table with 2 columns and 7 rows listing data rights: Acceso a sus Datos, Rectificación de sus Datos, Supresión de sus Datos, Portabilidad de sus Datos, Limitación del tratamiento de sus Datos, Oposición al tratamiento de sus datos, No ser objeto de elaboración de perfiles.

Que, conforme al art. 12 del RGPD en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud (plazo que puede prorrogarse a máximo 2 meses para casos complejos) se responda a la presente solicitud (marcar la casilla correspondiente con una X):

Table with 2 columns and 3 rows listing response methods: Presencial, Correo Ordinario, Correo Electrónico.

En Madrid, a ____ de ____ de 20 ____

Fdo: _____

Nombre y Apellidos, con NIF

Fdo.

Nombre y Apellidos del Representante legal, con NIF

Ejerce la representación legal de