



Derecho de Cancelación

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO.

Dña. Cristina López Espada, Directora Gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Granada, con domicilio en la Avda. de las Fuerzas Armadas nº2 de la ciudad de Granada

DATOS DEL USUARIO O REPRESENTANTE LEGAL.

D./D^a. _____, mayor de edad, con domicilio en la c/Pza. _____ nº _____, Localidad _____ Provincia _____ C. P. _____, provisto de D.N.I. nº _____, del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el **derecho de acceso**, de conformidad con lo previsto en el artículo 15 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en los artículos 12 y 13 del Real Decreto 1332/94, de 20 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, vigentes al amparo de la disposición transitoria tercera de la citada Ley Orgánica 15/1999 y en la Norma Segunda de la Instrucción 1/1998, de 19 de enero, relativa al ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación, de la Agencia Española de Protección de Datos, y en consecuencia,

SOLICITA,

Que se proceda a acordar la cancelación de los datos personales sobre los que se ejercita el derecho, que se realice en plazo de diez días a contar desde la recepción de esta solicitud y que se me notifique de forma escrita el resultado de la cancelación practicada.

Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de diez días que no procede acceder a practicar total o parcialmente las cancelaciones propuestas, se me comunique motivadamente, al amparo del artículo 18 de la citada Ley Orgánica 15/1999.

Que si los datos cancelados hubieran sido comunicados previamente se notifique al responsable del fichero la cancelación practicada con el fin de que también éste proceda a hacer las correcciones oportunas para que se respete el deber de calidad de los datos a que se refiere el artículo 4 de la mencionada Ley Orgánica 15/1999.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado: