

ATENCIÓN DEL RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE S.I.

DATOS RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

S.I.
Dirección: C/ GUERRERO JULIÁN SÁNCHEZ, 1 49017 ZAMORA
Puede confirmar dichos datos en www.solidaridadintergeneracional.es política de privacidad

DATOS DEL AFECTADO (acompañar copia del DNI)

Nombre /apellidos:		DNI:
Dirección postal:		Cód. Postal:
Localidad	Provincia	
Email:		

Por medio del presente escrito ejerce el DERECHO DE ACCESO y, en consecuencia, solicita que se les facilite gratuitamente dicho derecho a sus datos personales y que se me remita el resultado por el siguiente medio:

Correo electrónico.

Correo postal:

Se solicita que dicha información comprenda, de modo legible, todos los datos personales o actividades de tratamiento de los que soy titular:

En _____, a __ de _____ de 20__

Firma

Puede ejercer los derechos

Dirección postal: C/ Guerrero Julián Sánchez, 1 49017 Zamora

Correo electrónico: si@solidaridadintergeneracional.es

Recuerde acompañar a su solicitud una copia del DNI o documento equivalente acreditativo de su identidad o representación.

EJERCICIO DEL DERECHO DE RECTIFICACIÓN

ATENCIÓN DEL RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE S.I.

DATOS RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

S.I.
Dirección: C/ GUERRERO JULIÁN SÁNCHEZ, 1 49017 ZAMORA
Puede confirmar dichos datos en www.solidaridadintergeneracional.es política de privacidad

DATOS DEL AFECTADO (acompañar copia del DNI)

Nombre /apellidos:	DNI:
Dirección postal:	Cód. Postal:
Localidad	Provincia
Email:	

Por medio del presente escrito ejerce el DERECHO DE RECTIFICACIÓN y, en consecuencia, solicita que se actualice la información y que se me notifique el resultado por el siguiente medio:

Correo electrónico.

Correo postal:

Datos personales que se solicita sean rectificadas	
Motivo de la rectificación	

En _____, a __ de _____ de 20__

Firma

Puede ejercer los derechos

Dirección postal: C/ Guerrero Julián Sánchez, 1 49017 Zamora

Correo electrónico: si@solidaridadintergeneracional.es

Recuerde acompañar a su solicitud una copia del DNI o documento equivalente acreditativo de su identidad o representación.

EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

ATENCIÓN DEL RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE S.I.

DATOS RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

S.I.
Dirección: C/ GUERRERO JULIÁN SÁNCHEZ, 1 49017 ZAMORA
Puede confirmar dichos datos en www.solidaridadintergeneracional.es política de privacidad

DATOS DEL AFECTADO (acompañar copia del DNI)

Nombre /apellidos:	DNI:
Dirección postal:	Cód. Postal:
Localidad	Provincia
Email:	

Por medio del presente escrito ejerce el DERECHO DE SUPRESIÓN y en consecuencia, solicita que se lleve a cabo la petición y que se me notifique el resultado por el siguiente medio:

Correo electrónico.

Correo postal:

En _____, a __ de _____ de 20__

Firma

Puede ejercer los derechos

Dirección postal: C/ Guerrero Julián Sánchez, 1 49017 Zamora

Correo electrónico: si@solidaridadintergeneracional.es

Recuerde acompañar a su solicitud una copia del DNI o documento equivalente acreditativo de su identidad o representación.

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPOSICIÓN

ATENCIÓN DEL RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE S.I.

DATOS RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

<u>S.I.</u> Dirección: C/ GUERRERO JULIÁN SÁNCHEZ, 1 49017 ZAMORA Puede confirmar dichos datos en www.solidaridadintergeneracional.es política de privacidad

DATOS DEL AFECTADO (acompañar copia del DNI)

Nombre /apellidos:		DNI:
Dirección postal:		Cód. Postal:
Localidad	Provincia	
Email:		

Por medio del presente escrito ejerce el DERECHO DE OPOSICIÓN y, en consecuencia, solicita que se lleve a cabo la petición y que se me notifique el resultado por el siguiente medio:

Correo electrónico.

Correo postal:

Tratamientos a los que se opone	
--	--

En _____, a ___ de _____ de 20__

Firma

Puede ejercer los derechos

Dirección postal: C/ Guerrero Julián Sánchez, 1 49017 Zamora

Correo electrónico: si@solidaridadintergeneracional.es

Recuerde acompañar a su solicitud una copia del DNI o documento equivalente acreditativo de su identidad o representación.

EJERCICIO DEL DERECHO DE PORTABILIDAD

ATENCIÓN DEL RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE S.I.

DATOS RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

S.I.
Dirección: C/ GUERRERO JULIÁN SÁNCHEZ, 1 49017 ZAMORA
Puede confirmar dichos datos en www.solidaridadintergeneracional.es política de privacidad

DATOS DEL AFECTADO (acompañar copia del DNI)

Nombre /apellidos:	DNI:
Dirección postal:	Cód. Postal:
Localidad	Provincia
Email:	

Por medio del presente escrito ejerce el DERECHO DE PORTABILIDAD y, en consecuencia, solicita que se me facilite este derecho y que se me notifique el resultado por el siguiente medio:

Correo electrónico.

Correo postal:

Datos personales o actividades de tratamiento solicitados:	
---	--

En _____, a ___ de _____ de 20__

Firma

Puede ejercer los derechos

Dirección postal: C/ Guerrero Julián Sánchez, 1 49017 Zamora

Correo electrónico: si@solidaridadintergeneracional.es

Recuerde acompañar a su solicitud una copia del DNI o documento equivalente acreditativo de su identidad o representación.

EJERCICIO DEL DERECHO DE LIMITACIÓN

ATENCIÓN DEL RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE S.I.

DATOS RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

[S.I.](#)
Dirección: C/ GUERRERO JULIÁN SÁNCHEZ, 1 49017 ZAMORA
Puede confirmar dichos datos en www.solidaridadintergeneracional.es política de privacidad.

DATOS DEL AFECTADO (acompañar copia del DNI)

Nombre /apellidos:		DNI:
Dirección postal:		Cód. Postal:
Localidad	Provincia	
Email:		

Por medio del presente escrito ejerce el DERECHO DE LIMITACIÓN y, en consecuencia, solicita que se lleve a cabo la petición y que se me notifique el resultado por el siguiente medio:

Correo electrónico.

Correo postal:

Motivos por los que solicita el derecho de limitación:

SI	Por tratamiento ilícito
SI	Mientras se resuelve la impugnación de la exactitud de los datos
SI	Mientras se verifica la prevalencia de un motivo legítimo para el tratamiento
SI	Otros:
SI	Otros:

En _____, a ___ de _____ de 20__

Firma

Puede ejercer los derechos

Dirección postal: C/ Guerrero Julián Sánchez, 1 49017 Zamora

Correo electrónico: si@solidaridadintergeneracional.es

Recuerde acompañar a su solicitud una copia del DNI o documento equivalente acreditativo de su identidad o representación.

EJERCICIO DEL DERECHO DE REVISIÓN DE DECISIONES AUTOMATIZADAS

ATENCIÓN DEL RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE S.I.

DATOS RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

S.I. Dirección: C/ GUERRERO JULIÁN SÁNCHEZ, 1 49017 ZAMORA Puede confirmar dichos datos en www.solidaridadintergeneracional.es política de privacidad.

DATOS DEL AFECTADO (acompañar copia del DNI)

Nombre /apellidos:	DNI:
Dirección postal:	Cód. Postal:
Localidad	Provincia
Email:	

Por medio del presente escrito ejerce el DERECHO DE REVISIÓN DE DECISIONES AUTOMATIZADAS y, en consecuencia, solicita que se lleve a cabo la petición y que se me notifique el resultado por el siguiente medio:

Correo electrónico.

Correo postal:

Indicar el derecho que se solicita:

SI	Obtener intervención humana por parte del responsable
SI	Expresar su punto de vista:
SI	Impugnar la decisión:
Actividades del tratamiento objeto del derecho	

En _____, a ___ de _____ de 20__

Firma

Puede ejercer los derechos

Dirección postal: C/ Guerrero Julián Sánchez, 1 49017 Zamora

Correo electrónico: si@solidaridadintergeneracional.es

Recuerde acompañar a su solicitud una copia del DNI o documento equivalente acreditativo de su identidad o representación.