**SOLICITUD DE DERECHOS DE PROTECCIÓN DE DATOS**

**Datos del paciente:**

**D.Dª------------------------------------------------con D.N.I.número……………………**

**Y domicilio en ………………………………………………………………………..**

**Y número de teléfono……………………………………………………………….**

**Ejerce su derecho de:**

* **Acceso**
* **Supresión**
* **Limitación de tratamiento**
* **Rectificación**
* **Oposición**
* **Portabilidad**

De conformidad con el artículo 15 del Reglamente 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.

**Expongo……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Firma del solicitante**

**Adjunto DNI**

**En…………………..a…..de…….de.20……**