

SOLICITUD DERECHO DE CANCELACIÓN

En CANTOBLANCO UAM, a.....de.....de 20....

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO O TRATAMIENTO

Nombre: **NIMGENETICS GENOMICA Y MEDICINA**

Dirección de la Oficina de Acceso: C/ FARADAY, 7, PCM

Código Postal-Población: CANTOBLANCO UAM, 28049

Provincia: MADRID

DATOS DEL SOLICITANTE

D/Dña....., mayor de edad, domiciliado en....., con código postal....., de la localidad....., provincia de....., con D.N.I. número....., del que acompaña fotocopia, por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de cancelación, de conformidad con el artículo 16 de la Ley Orgánica 15/1999 y los artículos 31, 32, y 33 del Real Decreto 1720/2007.

SOLICITA:

1. Que en el plazo de diez días desde la recepción de esta solicitud, se proceda a la efectiva cancelación de cualesquiera de los datos relativos a mi persona que se encuentren en sus ficheros, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.
2. Que me comuniquen de forma escrita a la dirección arriba indicada, la cancelación de los datos una vez realizada.
3. Que, en el caso de que el responsable del fichero considere que dicha cancelación no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de diez días señalado, a fin de poder interponer la reclamación prevista en el artículo 18 de la Ley.