

## DERECHO DE SUPRESIÓN EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

### DATOS DEL INTERESADO

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en C/  
\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_, Localidad \_\_\_\_\_,  
Provincia \_\_\_\_\_, Comunidad Autónoma \_\_\_\_\_, correo  
electrónico \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_, **del que se acompaña  
copia.**

### DATOS DEL REPRESENTANTE (en su caso)

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en C/  
\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_, Localidad \_\_\_\_\_,  
Provincia \_\_\_\_\_, Comunidad Autónoma \_\_\_\_\_, correo  
electrónico \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_, **del que se acompaña  
copia.**

### DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
PUERTA DE HIERRO - MAJADAHONDA. C/ Joaquín Rodrigo, 2 – 28222 Majadahonda –  
Madrid. C.I.F: G-83726968.

De conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento (UE) 2016/679, **SOLICITO** al  
RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO que proceda a la cancelación de mis datos personales  
objeto de tratamiento<sup>1</sup>.

Que en caso de que se estime/desestime la cancelación de mis datos personales, tal decisión  
me sea comunicada por \_\_\_\_\_ (recogida  
presencial/medio electrónico).

#### Información para el interesado:

La supresión de datos personales solicitada deberá realizarse respetando la legislación vigente.  
En este sentido, se le hace saber que no se podrán suprimir los datos personales que, acorde  
con la legislación, deban conservarse.

<sup>1</sup> En caso de que la presente solicitud sea calificada como infundada o excesiva, tenga Ud. en cuenta que le puede ser denegado su derecho de cancelación, así como que se le podrá cobrar un canon razonable por los costes administrativos incurridos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo. \_\_\_\_\_

D/Dña. \_\_\_\_\_ (interesado/representante)

---

### **IMPORTANTE (ADJUNTAR A LA SOLICITUD):**

- Si es usted el interesado, deberá adjuntar copia de su DNI.
- Si es usted el Representante, deberá adjuntar copia del DNI del interesado, así como copia de su DNI y documento acreditativo auténtico de su representación.

### **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de los datos personales de las personas físicas (RGPD), le informamos que la información personal que ha facilitado quedará debidamente registrada e incorporada a los sistemas de tratamiento de datos responsabilidad de la FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO - MAJADAHONDA y ello, con la finalidad de atender su solicitud. Por tal motivo, si usted no está conforme con el tratamiento descrito no podremos procesar el objeto de su solicitud. Igualmente, venimos a informarle que su información personal no será comunicada a ningún destinatario salvo a aquellos que nos autorice usted o venga exigido por la ley, así como tampoco será destinada a ninguna otra finalidad distinta a la aquí informada, o que resulte incompatible con la misma. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de algún tratamiento específico, portabilidad, decisiones automatizadas y oposición al tratamiento descrito en la siguiente dirección: c/ Joaquín Rodrigo, 2 – 28222 Majadahonda – Madrid. No obstante, si así lo desea, puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos a través de la siguiente dirección: [dpd@idiphim.org](mailto:dpd@idiphim.org). Para el caso de que Ud. precise conocer información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales, puede consultar la información adicional en: <http://investigacionpuertadehierro.com/politica-de-privacidad-y-proteccion-de-datos/>