

2.3. FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

Estimado D./D^a

Con objeto de atender la solicitud de supresión de sus datos de carácter personal, COLEGIO OFICIAL HIGIENISTAS DENTALES COMUNIDAD VALENCIANA le agradece en primer lugar su colaboración y le solicita sus datos identificativos, tal y como se establece la normativa vigente en materia de protección de datos, así como especificación de los datos que Vd. desea que suprimamos.

Datos del solicitante

D/D^a mayor de edad, con DNI, del que acompaño copia, por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de supresión, de conformidad con la Normativa vigente de Protección de datos de carácter personal por darse las circunstancias previstas para ello en la normativa vigente de protección de datos de carácter personal.

Solicita

Que se efectúe de forma gratuita, la supresión de los datos de carácter personal relativos a mi persona que estén siendo tratados en COLEGIO OFICIAL HIGIENISTAS DENTALES COMUNIDAD VALENCIANA

Se acompaña en hoja anexa fotocopia del DNI y a los efectos de la cancelación se detallan en otra hoja anexa los motivos por los que procede efectuar esta solicitud.

Que se remita de forma escrita a la dirección una comunicación confirmando o denegando de forma motivada el ejercicio de este derecho.

En, a .. de de 20....