

DERECHO DE ACCESO

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

ASOCIACIÓN DE PADRES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPAS

NIF: G15031537

Dirección: Rúa Santa Teresa Jornet 19, 15890 Santiago de Compostela (A Coruña)

Teléfono: 981582050

Correo electrónico: aspas@asociacionaspas.org

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº....., Localidad..... Provincia..... C.P.....

con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de acceso, de conformidad con lo previsto en el **artículo 15 del Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se le facilite gratuitamente el derecho de acceso por ese responsable en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se remita, a la dirección arriba indicada, la siguiente información:

- Copia de mis datos personales que son objeto de tratamiento por ese responsable.
- Los fines del tratamiento, así como las categorías de datos personales que se traten.
- Los destinatarios o categorías de destinatarios a los que se han comunicado mis datos personales, o serán comunicados, incluyendo, en su caso, destinatarios en terceros u organizaciones internacionales.
- Información sobre las garantías adecuadas relativas a la transferencia de mis datos a un tercer país o a una organización internacional, en su caso.
- El plazo previsto de conservación, o de no ser posible, los criterios para determinar este plazo.
- Si existen decisiones automatizadas, incluyendo la elaboración de perfiles, información significativa sobre la lógica aplicada, así como la importancia y consecuencias previstas de dicho tratamiento.
- Si mis datos personales no se han obtenido directamente de mí, la información disponible sobre su origen.
- La existencia del derecho a solicitar la rectificación, supresión o limitación del tratamiento de mis datos personales, o a oponerme a dicho tratamiento.
- El derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

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

Firmado

DERECHO DE RECTIFICACIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

ASOCIACIÓN DE PADRES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPAS
NIF: G15031537
Dirección: Rúa Santa Teresa Jornet 19, 15890 Santiago de Compostela (A Coruña)
Teléfono: 981582050
Correo electrónico: aspas@asociacionaspas.org

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº....., Localidad..... Provincia..... C.P.....

con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de rectificación, de conformidad con lo previsto en el **artículo 16 del Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se proceda a acordar la rectificación de los datos personales, que se realice en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la rectificación practicada.

Datos sobre los que solicito el derecho de rectificación:

.....

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar la rectificación solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda.

Asimismo, en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta rectificación a los mismos.

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

Firmado

DERECHO DE SUPRESIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

ASOCIACIÓN DE PADRES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPAS

NIF: G15031537

Dirección: Rúa Santa Teresa Jornet 19, 15890 Santiago de Compostela (A Coruña)

Teléfono: 981582050

Correo electrónico: aspas@asociacionaspas.org

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº....., Localidad..... Provincia..... C.P.....

con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de supresión, de conformidad con lo previsto en el **artículo 17 del Reglamento Europeo de Protección de (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se proceda a acordar la supresión de sus datos personales en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada.

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar total o parcialmente la supresión solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda.

Que en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta supresión.

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

Firmado

DERECHO DE OPOSICIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

ASOCIACIÓN DE PADRES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPAS

NIF: G15031537

Dirección: Rúa Santa Teresa Jornet 19, 15890 Santiago de Compostela (A Coruña)

Teléfono: 981582050

Correo electrónico: aspas@asociacionaspas.org

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº....., Localidad..... Provincia..... C.P.....

con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de oposición, de conformidad con lo previsto en el **artículo 21 del Reglamento Europeo de Protección de (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITO,

La oposición al tratamiento de mis datos personales, teniendo en consideración que:

El tratamiento de mis datos personales se basa en una misión de interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento, debiendo limitarse el tratamiento de los mismos hasta que obtenga respuesta del ejercicio de este derecho.

El tratamiento de mis datos personales se basa en la satisfacción de intereses legítimos perseguidos por el responsable del tratamiento o un tercero, debiendo limitarse el tratamiento de los mismos hasta que se obtenga respuesta del ejercicio de este derecho.

El tratamiento de mis datos personales se está realizando con fines de investigación científica o histórica o fines estadísticos.

Sin perjuicio de que corresponde al responsable del tratamiento acreditar motivos legítimos imperiosos que prevalezcan sobre mis intereses, derechos y libertades (en los dos primeros supuestos), o una misión realizada en interés público (en el tercer supuesto), acredito como situación personal para oponerme al tratamiento de mis datos personales.

Que sea atendida mi solicitud en los términos expuestos en el plazo de un mes.

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

Firmado

DERECHO DE OPOSICIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

ASOCIACIÓN DE PADRES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPAS

NIF: G15031537

Dirección: Rúa Santa Teresa Jornet 19, 15890 Santiago de Compostela (A Coruña)

Teléfono: 981582050

Correo electrónico: aspas@asociacionaspas.org

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº....., Localidad..... Provincia C.P.

con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de oposición, de conformidad con lo previsto en el **artículo 21 del Reglamento Europeo de Protección de (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITA,

La oposición al tratamiento de mis datos personales con fines de mercadotecnia, incluyendo la elaboración de perfiles sobre mi persona.

Que sea atendida mi solicitud en los términos expuestos en el plazo de un mes.

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

Firmado

DERECHO DE PORTABILIDAD

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

ASOCIACIÓN DE PADRES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPAS

NIF: G15031537

Dirección: Rúa Santa Teresa Jornet 19, 15890 Santiago de Compostela (A Coruña)

Teléfono: 981582050

Correo electrónico: aspas@asociacionaspas.org

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº....., Localidad..... Provincia..... C.P.....

con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de portabilidad, de conformidad con lo previsto en el **artículo 20 del Reglamento Europeo de Protección de (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se le faciliten la portabilidad de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho, que se realice en el plazo máximo de un mes a contar desde la recogida de esta solicitud en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica.

Que, si los datos del interesado no se pudiesen copiar en un formato estructurado, de uso común y de lectura mecánica y/o transmitirlos a otro responsable, porque no se cumplen los requisitos necesarios para ser técnicamente posible, no procediéndose a practicar total o parcialmente la portabilidad propuesta, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, solicitar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos, al amparo de la normativa vigente en materia de protección de datos.

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

Firmado

DERECHO A LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

ASOCIACIÓN DE PADRES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPAS

NIF: G15031537

Dirección: Rúa Santa Teresa Jornet 19, 15890 Santiago de Compostela (A Coruña)

Teléfono: 981582050

Correo electrónico: aspas@asociacionaspas.org

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / Da., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza..... nº....., Localidad..... Provincia..... C.P.....

con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de limitación, de conformidad con lo previsto en el **artículo 18 del Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se limite el tratamiento de mis datos personales, teniendo en consideración:

- Que el tratamiento es ilícito y me opongo a su supresión.
- Que el responsable ya no necesita mis datos personales para los fines para los cuales fueron recabados, pero los necesito para la formulación, ejercicio o defensa de mis reclamaciones.

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de un mes, y que se comunique esta limitación a cada uno de los destinatarios que ese responsable del tratamiento haya comunicado mis datos personales.

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

Firmado

DERECHO A NO SER OBJETO DE DECISIONES INDIVIDUALIZADAS

ASOCIACIÓN DE PADRES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPAS
NIF: G15031537
Dirección: Rúa Santa Teresa Jornet 19, 15890 Santiago de Compostela (A Coruña)
Teléfono: 981582050
Correo electrónico: aspas@asociacionaspas.org

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., mayor de
edad, con domicilio en la
C/Plaza..... nº.....,
Localidad..... Provincia..... C.P.....

con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito
ejerce el derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de
conformidad con lo previsto en el **artículo 22 del Reglamento Europeo de Protección
de Datos (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITA,

No ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado,
incluida la elaboración de perfiles, que me produzca efectos jurídicos o me afecte
significativamente de modo similar, en particular en los siguientes aspectos:

Que se adopten las medidas necesarias para salvaguardar mis derechos y libertades,
así como mis intereses legítimos, el derecho a la intervención humana y que pueda
exponer mi punto de vista e impugnar la decisión, todo ello en el supuesto de que el
tratamiento de mis datos personales se fundamente en la celebración o ejecución de
un contrato, o bien en mi consentimiento explícito.

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de
un mes.

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

Firmado