

EJERCICIO DEL DERECHO DE CANCELACIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO:

DATOS DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL*:

D./D^a. _____,
mayor de edad, con domicilio en la calle _____,
número _____, Localidad _____, Código Postal
_____, con D.N.I. _____, del que acompaña
fotocopia, por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer
su derecho de cancelación, de conformidad con los artículos 16 y 17 de la
Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (L.O.P.D.) y el artículo 15 del
Real Decreto 1332/1994, de 20 de junio.

EXPONE

1. Que se proceda a la efectiva cancelación en el plazo de **diez (10) días** desde la recepción de esta solicitud, de los datos relativos a mi persona que se encuentren en los ficheros de ATLANTIDA FORMACION S.L. que relaciono a continuación, al no existir vinculación jurídica o disposición legal que justifique su mantenimiento.
2. Los datos que hay que cancelar se enumeran en la hoja anexa, haciendo referencia a los documentos que se acompañan en esta solicitud para acreditar la procedencia de la misma.
3. Que en el caso de que el responsable del fichero considere que la cancelación no procede lo comunique en el plazo de diez días señalado.
4. Que si los datos rectificadas hubieran sido comunicados previamente a un tercero, se notifique al mismo la rectificación practicada, con el fin de que este proceda también a realizar las modificaciones oportunas.
5. Que cualquier comunicación que hubiere lugar se realice a la dirección arriba indicada.

En _____, a _____, de.....de 20__

Fdo.

*NOTA: SI EL DERECHO SE EJERCE POR MEDIO DE REPRESENTANTE LEGAL, ADEMÁS DEL DNI DEL INTERESADO, SE HABRÁ DE APORTAR, DNI Y DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL REPRESENTANTE.

ANEXO AL EJERCICIO DEL DERECHO DE CANCELACIÓN

DATOS QUE DEBEN CANCELARSE

DATO A CANCELAR

DOCUMENTO ACREDITATIVO

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.