

FORMULARIO EJERCICIO DERECHOS

IDENTIFICACIÓN DEL INTERESADO

Nombre y apellidos

DNI (*)

Dirección Postal/ Correo electrónico (*)

REPRESENTACIÓN

Nombre y apellidos

DNI

SOLICITUD

Como titular de los datos personales puede solicitar el ejercicio de los siguientes derechos: acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad, a no ser objeto de una decisión automatizada y a retirar su consentimiento.

Indique el derecho que desea ejercitar:

<input type="checkbox"/>	ACCESO: Conocer si se está realizando un tratamiento de mis datos personales y, en caso de que así sea, en qué términos y condiciones.
<input type="checkbox"/>	RECTIFICACIÓN: Rectificar o completar mis datos personales objeto de tratamiento por la entidad indicada.
<input type="checkbox"/>	OPOSICIÓN: Oponerme al tratamiento de mis datos personales por la entidad indicada.
<input type="checkbox"/>	SUPRESIÓN: Solicitar la supresión de mis datos personales de los sistemas de información de la entidad indicada.
<input type="checkbox"/>	LIMITACIÓN: Obtener una limitación en el tratamiento de mis datos personales realizado por la entidad indicada.
<input type="checkbox"/>	PORTABILIDAD: Transmitir mis datos personales en un formato estructurado, de uso común, de lectura mecánica e interoperable a otro Responsable de Tratamiento.
<input type="checkbox"/>	A NO SER OBJETO DE DECISIONES AUTOMATIZADAS: Garantizar que mis datos no sean tratados con el objeto de una decisión, incluida la elaboración de perfiles, que produzca efectos jurídicos sobre mi persona o me afecte de forma significativamente de forma similar.

En caso de desconocer qué derecho quiere ejercitar, puede contactar con nosotros a través del correo electrónico delegadodeprotecciondedatosimq@imqasturias.es.

Que se atienda a mi solicitud de ejercicio de derecho en el plazo máximo de un mes, de conformidad con lo previsto en la normativa vigente, y que se me responda a través del canal indicado al inicio de la presente solicitud.

Que se tengan por presentados los siguientes documentos información complementaria que fundamenta mi solicitud (en su caso):

Y todo ello de conformidad con lo previsto en los artículos 12 y siguientes del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE y correspondientes de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales.

Le recordamos que deberá remitir el formulario debidamente cumplimentado, acreditando la identidad del interesado. Si actúa en representación de un tercero deberá acreditarse la identidad del representante y la representación del interesado.

Fecha

Firma

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE ASTURIAS, S.A. DE SEGUROS.

Finalidad: Atender su solicitud de ejercicio de derechos en material de protección de datos.

Derechos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación, así como el resto de derechos legales, tal y como se explica en la información adicional.

Información adicional: Puede consultar la información detallada en materia de protección de datos en la sección web "Protección de Datos".