|  |
| --- |
| **SOLICITUD OPOSICIÓN A DATOS PERSONALES** |
|  |
| NOMBRE: |  | APELLIDOS: |  |
|  |
| DNI: |  |
|  |
| NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE: |  |
|  |
| **DIRECCIÓN COMPLETA A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RESPONSABLE DEL FICHERO: **NOMBRE DEL AMPA** |

**SOLICITO:**

Que, de acuerdo con lo que establece el 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 (Reglamento general de protección de datos), cesen en el tratamiento, *(describir la situación en la que se produce el tratamiento de sus datos personales y enumerar los motivos por los que se opone al mismo),* a los datos referentes a mi persona que contienen sus ficheros o que sean objeto de tratamiento.

Documentación que se acompaña (marcar lo que proceda):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Copia del DNI o pasaporte |
|  |  |
|  | Título que acredita la representación |
|  |  |
|  | Documentación acreditativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firmado

**NOMBRE DEL AMPA**