|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE SUPRESIÓN-CANCELACIÓN 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) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, solicito supriman o cancelen los datos referentes a mi persona que contienen sus ficheros o que sean objeto de tratamiento, y que se relacionan a continuación dado que .............. *(motivo de la cancelación).*

Datos que hay que suprimir o cancelar: ...............

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**