



DERECHO DE CANCELACION

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO O TRATAMIENTO

Nombre: Ayuntamiento de San Javier

Dirección de la Oficina de Acceso: Plaza de España, 3 C.P. 30730

Localidad: San Javier Provincia: Murcia

DATOS DEL SOLICITANTE

D./ D^a _____, mayor de edad, con domicilio en la
C/ _____ nº _____, Localidad _____ Provincia
_____ C.P. _____ con Email _____, Teléfono
_____, D.N.I. _____, del que acompaña fotocopia, por medio del presente escrito
manifiesta su deseo de ejercer su derecho de acceso, de conformidad con los artículos 16 de la Ley
Orgánica 15/1999, y los artículos 15 y 16 del Real Decreto 1332/94.

SOLICITA:

1. Que en el plazo de cinco días desde la recepción de esta solicitud, se proceda a la efectiva cancelación de cualesquiera datos relativos a mi persona que se encuentren en sus ficheros, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y me lo comuniquen de forma escrita a la dirección arriba indicada.
2. Que, en el caso de que el responsable del fichero considere que dicha cancelación no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de cinco días señalado, a fin de poder interponer la reclamación prevista en el artículo 18 de la Ley.

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