



Empresa Pública Hospital de Poniente
CONSEJERÍA DE SALUD

Formulario para el Ejercicio de Derecho de Cancelación

Petición de cancelación de datos personales objeto de tratamiento incluido en un fichero.

DATOS DEL SOLICITANTE

D./ D^a, mayor de edad, con domicilio en la C/..... nº....., Localidad Provincia C.P. con 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 15 de la Ley Orgánica 15/1999, y los artículos 12 y 13 del Real Decreto 1332/94.

SOLICITA.-

1. Que en el plazo de diez 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 diez días señalado, a fin de poder interponer la reclamación prevista en el artículo 18 de la Ley.

DATOS DEL FICHERO

Nombre del fichero o datos a los que solicita cancelación:

Ena.....de.....de 20....

Directora Gerente
Empresa Pública Hospital de Poniente
Ctra. de Almerimar, s/n
El Ejido - 04700