

FORMULARIO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO DE REVOCACIÓN

FUNDACIÓN CIDADE DA CULTURA DE GALICIA en cumplimiento de las obligaciones recogidas en la Normativa de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce y garantiza el Derecho de Revocación del consentimiento al tratamiento de datos que fueron incorporados a sus ficheros.

Interesada/o					
DNI		Nombre y apellidos/ Razón social			
Calle			Núm.	Escalera	Puerta
CP	Municipio		Provincia		Teléfono
Correo electrónico					

Representante ¹					
DNI		Nombre y apellidos			
Calle			Núm.	Escalera	Puerta
CP	Municipio		Provincia		Teléfono
Correo electrónico					

Por medio del presente escrito ejerce el derecho de revocación del consentimiento otorgado, de conformidad con lo previsto en el artículo 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en el artículo 17 del Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre y, en consecuencia,

Expongo
(Describir la situación en la que se produce el tratamiento de sus datos)

Solicito
Que sea atendida mi solicitud de revocación del consentimiento para el tratamiento descrito, en los términos anteriormente expuestos.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo.:

LA DIRECTORA GERENTE DE LA FUNDACIÓN CIDADE DA CULTURA DE GALICIA

La representación legal en los casos en que el/a afectado/a se encuentre en situación de incapacidad o minoría de edad que le imposibilite el ejercicio personal de estos derechos deberá ser acreditada. Asimismo, para la revocación mediante representante voluntaria/o designada/o expresamente para ello deberá acreditarse la identidad del/a representada/o mediante la aportación de copia de su DNI o documento equivalente, y la representación conferida. Además, el/a interesada/o deberá anexas la documentación justificativa de lo solicitado. En ningún caso se le atribuirá a la solicitud de revocación efectos retroactivos.