

SOLICITUD EJERCICIOS DE LOS DERECHOS DEL INTERESADO		
RESPONSABLE TRATAMIENTO	INTERESADO*	
Nurseavanze.SL	Nombre y apellidos:	
CIF: B90156787	DNI**:	
Dirección: C/ VIOLETA PARRA 56 41940 TOMARES SEVILLA	E-Mail:	
<p>Por medio del presente escrito ejerce el derecho señalado, de conformidad con lo previsto por el Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD y la LOPD 3/2018).</p> <p>*En caso de ejercer los derechos en nombre de un tercero debido a la minoría de edad del interesado o bien por discapacidad declarada (sobre la que debe adjuntar copia), indicar el nombre del tercero interesado menor de edad o discapacitado y DNI.</p> <p>** Para probar su identidad debe de anexar una copia de su documento de identidad, pudiendo Nurseavanze.SL solicitarle más información en caso de que tengamos motivos para dudar de la misma.</p>		
<b>INDIQUE QUE DERECHO-S DESEA EJERCER</b>		
<input type="checkbox"/> <b><u>Derecho al acceso</u> a los datos personales relacionados con Usted que Nurseavanze.SL pueda tratar:</b>		
<p>En caso de que Nurseavanze.SL estime su solicitud, derivada de que tratemos sus datos personales, que tipo de información desea recibir:</p>		
<input type="checkbox"/> Datos que sobre mi persona están siendo tratados. <input type="checkbox"/> Los fines para los cuales en Nurseavanze.SL tratamos sus datos personales. <input type="checkbox"/> El origen de sus datos personales (de dónde y cómo Nurseavanze.SL los ha obtenido). <input type="checkbox"/> Los destinatarios o las categorías de destinatarios a quienes Nurseavanze.SL ha transmitido sus datos <input type="checkbox"/> La existencia o no de decisiones automatizadas (incluida la elaboración de perfiles) relacionadas con sus datos personales, y si fuera el caso, información relevante sobre la lógica subyacente, el interés y las consecuencias que este tratamiento de los datos personales pueda tener para Usted. <input type="checkbox"/> El plazo previsto de conservación.		
<input type="checkbox"/> <b><u>Derecho a la rectificación</u> de sus datos personales que Nurseavanze.SL pueda tener:</b>		
<p>Datos personales incorrectos que deban ser recitificados:</p>		
Dato: _____ Rectificación: _____ Dato: _____ Rectificación: _____		
<p>Datos personales incompletos que deban ser completados o corregidos:</p>		
Dato: _____ Corrección: _____ Dato: _____ Corrección: _____		
<input type="checkbox"/> <b><u>Derecho de supresión</u> de sus datos personales (o de cualquier enlace a dichos datos o derecho al olvido), gratuito y a más tardar en el plazo de un mes. Señalar lo que proceda:</b>		
<input type="checkbox"/> Supresión total de todos los datos. <input type="checkbox"/> Supresión exclusivamente de los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ _____</li> <li>▪ _____</li> </ul>		
<p>En caso de que Nurseavanze.SL estime su solicitud, llevará a cabo el borrado sin dilación indebida, procediendo, si ha lugar, al bloqueo de los datos solicitados, comunicandole de algún modo en el que</p>		

quede probada su recepción, y que, pasado el plazo de prescripción de las posibles responsabilidades o acciones consecuencia del tratamiento de datos, se proceda a su efectiva supresión.  
Si Nurseavanze.SL considera que la supresión no procede, le será comunicada dicha resolución igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de un mes.

**Derecho de limitación del tratamiento de sus datos personales, gratuito y a más tardar en el plazo de un mes. Señalar lo que proceda:**

- Limitar el tratamiento de todos los datos sobre mi persona.
- Limitar el tratamiento exclusivamente de los siguientes datos, incluyendo justificación\*:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

\* En caso de que la Justificación esté acreditada por algún medio documental, se requiere que el interesado la adjunte a la presente solicitud.

**Derecho a la portabilidad de sus datos personales que Nurseavanze.SL pueda tratar (siempre que técnicamente sea posible):**

Usted solicita a Nurseavanze.SL lo siguiente:

- Le remita sus datos, facilitados previamente y los derivados directamente del uso del servicio prestado en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica
- Transmitir directamente dichos datos a otro responsable del tratamiento (indicar datos)
- Recibir o transmitir a otro responsable del tratamiento exclusivamente los siguientes datos (Marcar con una X lo que proceda):

Datos sobre los que recae el ejercicio	Recibir	Transmitir
.....		
.....		

**Derecho de oposición\* de sus datos personales que Nurseavanze.SL pueda tratar:**

Usted solicita a Nurseavanze.SL lo siguiente:

- Oposición al tratamiento de todos los datos sobre mi persona.
- Oposición exclusivamente de los siguientes datos:

Dato: \_\_\_\_\_ Justificación\*\* : \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_ Justificación\*\* : \_\_\_\_\_

\*Nurseavanze.SL únicamente dejará de tratar sus datos personales cuando no pueda acreditar motivos legítimos que prevalezcan sobre sus intereses, derechos y libertades o sean motivados de una reclamación.

\*\* En caso de que la Justificación esté acreditada por algún medio documental, se requiere que el interesado la adjunte a la presente solicitud.

**RESPUESTA DE Nurseavanze.SL A LA SOLICITUD RECIBIDA**

Nurseavanze.SL le facilitará sin demora y en un plazo de un mes después de la recepción de su solicitud, información sobre el curso de la misma. El plazo podrá prorrogarse otros 2 meses en determinados casos, como por su complejidad o por tratarse de un número elevado de solicitudes, siendo informado de ello en el plazo del mes desde su recepción.

Si Nurseavanze.SL no estimase su solicitud, se le notificará de forma motivada y en el plazo de 1 mes indicado.

Usted siempre podrá presentar una queja ante la autoridad de control (AEPD)

Firma Solicitante:

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