

MODELO DE SOLICITUD DEL DERECHO “DERECHO DE CANCELACIÓN”

DATOS DEL RESPONSABLE DE TRATAMIENTO

AUTORITAT PORTUÀRIA DE TARRAGONA

Passeig de l'Escullera, S/N
43004 TARRAGONA

DATOS DEL INTERESADO

Sr./Sra. _____, mayor de edad, con domicilio en la C/ _____, núm. _____, Localidad _____, Provincia _____, código postal _____, con D.N.I. _____, del que acompaña fotocopia, por medio del presente escrito manifiesta el deseo de **ejercer su derecho de cancelación** en conformidad con el artículo 15 del 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 cuando al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

SOLICITA. -

1. Que se proceda a la efectiva cancelación en el plazo de diez días desde la recepción de esta solicitud, de cualesquiera datos relativos a mi persona que se encuentren en su/s fichero/s mediante el borrado físico de los datos o, en su caso, el bloqueo con el fin de impedir su ulterior proceso o utilización.
2. Que me comuniquen por correo a la dirección arriba indicada la cancelación de los datos una vez realizada.
3. Que, en el supuesto de que el responsable de tratamiento considere que esta cancelación no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de diez 30 señalado, con objeto de poder interponer, de considerarlo conveniente, la reclamación ante la Agencia de Protección de Datos para iniciar el procedimiento de tutela de derechos.
4. Que, si los datos que deben ser rectificadas hubiesen sido cedidos previamente, sea notificada al cesionario la rectificación practicada en el plazo de 10 días, a fin de que éste, a su vez, proceda a la rectificación de su fichero.

En _____, a _____ de _____ de _____,

Firmado:

NOTA:

1. Deberá presentarse mediante solicitud dirigida al Responsable de Tratamiento
2. Requisitos (Debe contener):
 1. Nombre y apellidos del interesado; fotocopia del DNI o pasaporte u otro documento válido que lo identifique y, en su caso, de la persona que lo represente, o instrumentos electrónicos equivalentes; así como el documento electrónico acreditativo de tal representación. La utilización de firma identificativa el afectado eximirá de la presentación de las fotocopias de DNI o documento equivalente.
 2. Petición en que se concreta la solicitud.
 3. Domicilio a efectos de notificaciones, fecha y firma del solicitante.
 4. Documentos acreditativos de la petición que se formula, en su caso.
3. Si desconoce la dirección del responsable de tratamiento puede dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos para solicitar esta información en el teléfono 901 100 099.

MODELO DE SOLICITUD DEL “DERECHO DE CANCELACIÓN” vídeo vigilancia

DATOS DEL RESPONSABLE DE TRATAMIENTO

AUTORITAT PORTUÀRIA DE TARRAGONA

Passeig de l'Escullera, S/N
43004 TARRAGONA

DATOS DEL INTERESADO

Sr./Sra. _____, mayor de edad, con domicilio en la C/ _____, núm. _____, Localidad _____, Provincia _____, código postal _____, con D.N.I. _____, del que acompaña fotocopia, por medio del presente escrito manifiesta el deseo de **ejercer su derecho de cancelación de imágenes de vídeo vigilancia** en conformidad con el artículo 15 del 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 cuando al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Para el caso de que ostente la condición de representante legal, o como representante voluntario de la persona de la cual se pretende ejercitar el derecho, indique también su nombre, apellidos y adjunte fotocopia del DNI, así como documento/s que acredite/n tal condición:

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____

Por favor, a continuación, indique el lugar, fecha y hora aproximada en que su imagen fue captada por el sistema de cámaras o vídeo cámaras de **AUTORITAT PORTUÀRIA DE TARRAGONA**. A estos efectos, se entenderá por hora aproximada la referida a una franja horaria inferior a sesenta minutos.

SOLICITA. -

- 1.- Que se proceda a la efectiva supresión en el plazo de 10 días desde la recepción de esta solicitud, de cualquier dato relativo a mi persona que se encuentre en sus ficheros al no existir vinculación jurídica o disposición legal que justifique su mantenimiento.
- 2.- Que se me comunique de forma escrita a la dirección arriba indicada la cancelación de los datos una vez realizada.
- 3.- Que, en el supuesto de que el Responsable de Tratamiento considere que esta cancelación no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de 30 días señalado, con objeto de poder interponer, de considerarlo conveniente, la reclamación ante la Agencia de Protección de Datos para iniciar el procedimiento de tutela de derechos.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado:

NOTA:

1. Deberá presentarse mediante solicitud dirigida al Responsable de Tratamiento
2. Requisitos (Debe contener):
 1. Nombre y apellidos del interesado; fotocopia del DNI o pasaporte u otro documento válido que lo identifique y, en su caso, de la persona que lo represente, o instrumentos electrónicos equivalentes; así como el documento electrónico acreditativo de tal representación. La utilización de firma identificativa el afectado eximirá de la presentación de las fotocopias de DNI o documento equivalente.
 2. Petición en que se concreta la solicitud: indicar el tratamiento al que se opone y, si procede, los motivos.
 3. Domicilio a efectos de notificaciones, fecha y firma del solicitante.
 4. Documentos acreditativos de la petición que se formula, en su caso.
 5. Si desconoce la dirección del responsable de tratamiento puede dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos para solicitar esta información en el teléfono 901 100 099