

DERECHO DE RECTIFICACIÓN

EJERCICIO DEL DERECHO DE RECTIFICACIÓN

DATOS DEL INTERESADO

D./Dña. _____, mayor de edad, con domicilio en C/ _____, nº. _____, C.P. _____, Localidad _____, Provincia _____, Comunidad Autónoma _____, correo electrónico _____, con D.N.I. _____, **del que se acompaña copia.**

DATOS DEL REPRESENTANTE (en su caso)

D./Dña. _____, mayor de edad, con domicilio en C/ _____, nº. _____, C.P. _____, Localidad _____, Provincia _____, Comunidad Autónoma _____, correo electrónico _____, con D.N.I. _____, **del que se acompaña copia.**

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre / razón social: Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III (F.S.P.), con domicilio en C/ Melchor Fernández Almagro, 3 (28029) de Madrid. C.I.F./D.N.I.: G81972242.

De conformidad con lo previsto en el artículo 16 del Reglamento (UE) 2016/679, **SOLICITO** al RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO que proceda a la efectiva rectificación de mis datos personales inexactos y/o incompletos objeto de tratamiento¹. En este sentido, le comunico que los datos inexactos y/o incompletos a rectificar son los que se detallan en la Hoja Anexa a esta solicitud, acompañando en su caso la documentación justificativa de la inexactitud o del carácter incompleto de mis datos².

¹ En caso de que la presente solicitud sea calificada como infundada o excesiva, tenga Ud. en cuenta que le puede ser denegado su derecho de rectificación, así como que se le podrá cobrar un canon razonable por los costes administrativos incurridos.

² En caso de que acompañe documentación, se ruega que la misma sea adjuntada junto a la presente solicitud en formato legible y entendible, para así poder cursar adecuadamente la solicitud.

Que en caso de que se estime/desestime la rectificación de mis datos personales, tal decisión me sea comunicada. Que a los efectos de recibir esta comunicación, solicito que la misma me sea remitida por _____ . (elegir entre, correo postal, correo electrónico o presencialmente en el Centro).

En _____, a ____ de _____ de _____.

Fdo. _____

D/Dña. _____ (interesado/representante)

IMPORTANTE (ADJUNTAR A LA SOLICITUD):

- Si es usted el interesado, deberá adjuntar copia de su DNI.
- Si es usted el Representante, deberá adjuntar copia del DNI del interesado, así como copia de su DNI y documento acreditativo auténtico de su representación.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de los datos personales de las personas físicas (RGPD), le informamos que la información personal que ha facilitado quedará debidamente registrada e incorporada a los sistemas de tratamiento de datos responsabilidad del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III (F.S.P.) y ello, con la finalidad de atender su solicitud. Por tal motivo, si usted no está conforme con el tratamiento descrito no podremos procesar el objeto de su solicitud. Igualmente, venimos a informarle de que su información personal no será comunicada a ningún destinatario salvo a aquellos que nos autorice usted o exija la ley, así como tampoco será destinada a ninguna otra finalidad distinta a la aquí informada. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de algún tratamiento específico, portabilidad, decisiones automatizadas y oposición al tratamiento descrito en la siguiente dirección: Melchor Fernández Almagro, 3 (28029) de Madrid. Para el caso de que Ud. precise conocer información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales, puede consultar la información adicional en el siguiente enlace de nuestra página web: <https://www.cnio.es/es/privacidad/index.asp>

HOJA ANEXA

DATOS INEXACTOS/INCOMPLETOS	DATOS EXACTOS/COMPLETOS