

## EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

### 1. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

- **Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_
- **DNI / NIE / Pasaporte:** \_\_\_\_\_
- **Dirección postal:** \_\_\_\_\_
- **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_
- **Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_

### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA O ENTIDAD RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

- **Entidad:** ENTIDADE PÚBLICA EMPRESARIAL AUGAS DE AMES EPEL      **CIF:** Q1500458C
- **Dirección / sede social:** RUA DO AGRELO, 7 - 15220 - BERTAMIRANS (A CORUÑA)

### 3. SOLICITUD

Mediante este escrito, **ejerczo mi derecho de supresión de datos personales**, en virtud del art. 17 del Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y el art. 15 de la Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD).

**Solicito la supresión de mis datos personales** que están siendo tratados por su entidad, por concurrir alguno de los siguientes motivos (marque lo que corresponda):

- Mis datos ya no son necesarios para los fines para los que fueron recogidos.
- He retirado el consentimiento en que se basaba el tratamiento.
- Me opongo al tratamiento y no prevalecen otros motivos legítimos.
- El tratamiento se ha realizado de forma ilícita.
- Los datos deben suprimirse para el cumplimiento de una obligación legal.
- Los datos fueron recogidos en el marco de una oferta de servicios de la sociedad de la información a menores.

**Observaciones o detalle adicional (opcional):**

\_\_\_\_\_

### 4. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- Copia del DNI / NIE / Pasaporte, para acreditar mi identidad.
- Otra documentación relevante: \_\_\_\_\_

### 5. FORMA EN QUE DESEA RECIBIR LA INFORMACIÓN (Seleccione una opción)

- Correo postal a la dirección indicada
- Correo electrónico a la dirección indicada

### 6. FECHA Y FIRMA

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma,