

# DERECHO DE ACCESO EJERCICIO DEL DERECHO DE RECTIFICACIÓN



## DATOS DEL INTERESADO

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en C/  
\_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_ 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/  
\_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_  
con domicilio en C/ \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Comunidad Autónoma \_\_\_\_\_ C.I.F./D.N.I. \_\_\_\_\_

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 tratamiento<sup>1</sup>. 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 datos<sup>2</sup>.

---

<sup>(1)</sup> 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.

Que en caso de que se estime/deseeste 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 (recogida presencial/medio electrónico).

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 de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), 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. Para el ejercicio de estos derechos, así como si desea conocer información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales, puede consultar nuestra Política de Privacidad y Protección de datos a través del siguiente link <https://www.semergen.es/?subSeccion=politicaPrivacidad>.

---

*(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.*

DATOS INEXACTOS/INCOMPLETOS	DATOS EXACTOS/COMPLETOS