

SOLICITUD DE EJERCICIO **DE ACCESO A DATOS**

RESPONSABLE DE TRATAMIENTO

La mercantil VARICLINIC S.L.P., con domicilio en C. Fuerte Santiago (Edif. Blas Infante), Portal 3, 1º entreplanta izq. Algeciras, (Cádiz) y C.I.F. IF:B72374853

DATOS DEL SOLICITANTE

D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI _____
y domicilio en _____, nº _____, localidad _____ Provincia _____, CP. _____, correo electrónico _____, teléfono _____. Por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su **DERECHO DE ACCESO**, de 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 lo que respecta a tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos datos, por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, y en consecuencia:

SOLICITA

Que se le facilite gratuitamente el derecho de acceso a sus ficheros en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se remita por correo la información a la dirección arriba indicada en el plazo de diez días a contar desde la resolución estimatoria de la solicitud de acceso. Asimismo, se solicita que dicha información comprenda, de modo legible e inteligible, los datos de base que sobre mi persona están incluidos en sus ficheros, los resultantes de cualquier elaboración, proceso o tratamiento, así como el origen de los mismos, los cesionarios y la especificación de los concretos usos y finalidades para los que se almacenaron.

En _____ a _____ de _____ de _____