**Solicitud del derecho a la portabilidad de los datos**

Datos del Responsable

Los datos del Responsable del Tratamiento son, Silvia Beatriz SL, con CIF B79427308 y domicilio social en Brunete (Madrid), Ctra M 501 PK 17,900 28690 Brunete (Madrid). Esta entidad opera bajo el nombre comercial de Hospital Los Madroños debidamente registrado y legalizado. Correo Electrónico: rpd@lmh.es

Los datos del Delegado de Protección de datos son dpo@lmh.es

Datos del Interesado

D/Dª ………………………………......................., con DNI/NIE……………………………… y con domicilio en ……….., provincia de ………………, Código Postal, C/……………………………………………………………….., por medio de este escrito ejerce el derecho de portabilidad de conformidad con lo dispuesto en el art 17 de la LOPDGDD 3/2018 y art. 20 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 al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de esos datos.

En caso que exista representante legal del interesado:

D/Dª ………………………………......................., con DNI/NIE……………………………… y con domicilio en ……….., provincia de ………………, Código Postal, C/……………………………………………………………….., por medio de este escrito ejerce el derecho de portabilidad de conformidad con lo dispuesto en el art 17 de la LOPDGDD 3/2018 y art. 20 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 al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de esos datos.

Expongo……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Solicita

Que sea atendido el ejercicio de mi derecho a la portabilidad de mis datos personales en archivo estructurado, de uso común y lectura mecánica.

En caso que esta solicitud fuese estimada, se me comunique la corrección efectuada por el medio marcado a continuación.

* Correo electrónico a la dirección………….…………………………………….
* Correo Postal a la dirección indicada en el campo “Datos personales”
* Entregada en mano en el domicilio del Responsable del Tratamiento

En el supuesto que se estime no proceder total o parcialmente al derecho propuesto, se comunicará en el plazo de un mes por el medio elegido en este formulario.

En…………………………. a…………….. de ……………………… de …………

Firma del interesado Firma del representante legal

(\*) Nota: para su tramitación es imprescindible acompañar a esta solicitud copia del DNI/NIE y en caso de menores o incapacitados documento acreditativo de la representación

Ed Mayo 2023