**DATUAK DEUSEZTATZEKO ESKUBIDEA BALIATZEA (“AHAZTEKO ESKUBIDEA”)**

**TRATAMENDUAREN ERANTZULEAREN DATUAK**

|  |  |
| --- | --- |
| IZENA: | BEINTZA-LABAIENGO UDALA |
| HELBIDEA: | UDALETXEKO KARRIKA, 9 |
| K.P./HERRIA: | 31753 BEINTZA-LABAIEN (NAFARROA) |
| IFZ: | P3113600E |
| E-POSTA:  | udala@labaien.eus |

**ESKATZAILEAREN DATUAK**

|  |  |
| --- | --- |
| IZENA: |  |
| HELBIDEA: |  |
| HERRIA: |  |
| NAN/AIZ: |  |
| E-POSTA / TEL.: |  |

Protección de Datos Personales:

Derechos de las personas interesadas

**ADIERAZTEN DUT**

Nire datu pertsonalak deuseztatzeko eskubidea baliatu nahi dudala, Datuak Babesteko EB 2016/679 Erregelamendu Orokorraren (“DBEO”) 17. artikuluan, eta abenduak 5-eko Datu Pertsonalen Babesa eta eskubide digitalen bermeei buruzko 3/2018 Lege Organikoaren (LOPDGDD) 12. eta 15. artikuluetan, xedatutakoaren arabera.

**ESKATZEN DUT**

1. Dagokionak nire datu pertsonalak deuseztatzeko erabakia har dezala, eskaera hau jaso eta hilabeteko epean, eta egindako deuseztapenaren emaitza idatziz jakinaraz diezadala.
2. Datu horiek guztiak edo horietako batzuk ez direla deuseztatu behar erabakiz gero, dagokionak jakinaraz diezadala, erabakia arrazoituta betiere, dagokion kontrol-agintariari erreklamazioa aurkezteko aukera izan dezadan, hala badagokio.
3. Era berean, tratamenduaren erantzule horrek nire datu pertsonalak beste erantzule batzuei jakinarazi badizkie, dagokionak eman diezaiela deuseztapenaren berri erantzule horiei.

Tokia……………………………. Data…………………….

Sinadura

**EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN (“DERECHO AL OLVIDO”)**

**DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE: | AYUNTAMIENTO DE BEINTZA-LABAIEN |
| DIRECCIÓN: | CALLE UDALETXEKO, 9 |
| LOCALIDAD: | 31753 BEINTZA-LABAIEN (NAVARRA) |
| NIF: | P3113600E |
| CORREO-E: | udala@labaien.eus |

**DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE: |  |
| DOMICILIO: |  |
| LOCALIDAD: |  |
| DNI/NIE: |  |
| CORREO-E / TEL.: |  |

**MANIFIESTO**

El deseo de ejercer el derecho de supresión de mis datos personales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (“RGPD”) y en los artículos 12 y 15 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (“LOPDGDD”).

**SOLICITO**

1. Que se proceda a acordar la supresión de mis datos personales en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada.
2. Que en caso de que se acuerde que no procede practicar total o parcialmente la supresión solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda.
3. Que en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta supresión.

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

Firma