ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE MÁLAGA

Sobre la forma de ejercer sus derechos diríjase al apartado 8 de la Política de Privacidad.

EJERCICIO DEL DERECHO DE ACCESO

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE MÁLAGA con dirección en Avenida de Carlos Haya, 151, 29.010-Málaga, N.I.F. Q2966992D y teléfono 952.215.146 ante el que se ejercita el derecho de acceso:

D/D.ª……., mayor de edad, con domicilio en……, con correo electrónico……., teléfono……. por medio del presente escrito ejerce el derecho de acceso, de conformidad con lo previsto en el artículo 15 del Reglamento General de Protección de Datos.

SOLICITA

Que se le facilite gratuitamente el derecho de acceso por ICOFMA en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se remita, a la dirección arriba indicada, la siguiente información:

- ☐ Copia de mis datos personales que son objeto de tratamiento por ICOFMA.
- ☐ Los fines del tratamiento, así como las categorías de datos personales que se traten.
- ☐ Los destinatarios o categorías de destinarios a los que se han comunicado mis datos personales, o serán comunicados, incluyendo, en su caso, destinatarios en terceros u organizaciones internacionales.
- ☐ Información sobre las garantías adecuadas relativas a la transferencia de mis datos a un tercer país o, en su caso, a una organización internacional.
- ☐ El plazo previsto de conservación o, de no ser posible, los criterios para determinar este plazo.
- ☐ Si existen decisiones automatizadas, incluyendo la elaboración de perfiles, información significativa sobre la lógica aplicada, así como la importancia y consecuencias previstas de dicho tratamiento.
- ☐ Si mis datos personales no se han obtenido directamente de mí, la información disponible sobre su origen.
- ☐ El derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

En……., a…….de……de…….

Firmado:

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE MÁLAGA

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPOSICIÓN

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE MÁLAGA con dirección en Avenida de Carlos Haya, 151, 29.010-Málaga, N.I.F. Q2966992D y teléfono 952.215.146 ante el que se ejercita el derecho de oposición:

D/D.ª……., mayor de edad, con domicilio en……, con correo electrónico……., teléfono……. por medio del presente escrito ejerce el derecho de acceso, de conformidad con lo previsto en el artículo 21 del Reglamento General de Protección de Datos.

SOLICITA

La oposición al tratamiento de mis datos personales, teniendo en consideración que:

☐ El tratamiento de mis datos personales se basa en una misión de interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento, debiendo limitarse el tratamiento de los mismos hasta que se obtenga respuesta del ejercicio de este derecho.

☐ El tratamiento de mis datos personales se basa en la satisfacción de intereses legítimos perseguidos por el responsable del tratamiento o un tercero, debiendo limitarse el tratamiento de los mismos hasta que se obtenga respuesta del ejercicio de este derecho.

☐ El tratamiento de mis datos personales se está realizando con fines de investigación científica o histórica o fines estadísticos.

Sin perjuicio de que corresponde al responsable del tratamiento acreditar motivos legítimos imperiosos que prevalezcan sobre mis intereses, derechos y libertades (en los dos primeros supuestos), o una misión realizada en interés público (en el tercer supuesto), acredito como situación personal para oponerme al tratamiento de mis datos personales:

La oposición al tratamiento de mis datos personales:

☐ Con fines de mercadotecnia, incluyendo la elaboración de perfiles sobre mi personal.

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de un mes.

En……., a…….de……de…….

Firmado:

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE MÁLAGA

EJERCICIO DEL DERECHO DE RECTIFICACIÓN

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE MÁLAGA con dirección en Avenida de Carlos Haya, 151, 29.010-Málaga, N.I.F. Q2966992D y teléfono 952.215.146 ante el que se ejercita el derecho de rectificación:

D/D.ª……., mayor de edad, con domicilio en……, con correo electrónico……, teléfono……. por medio del presente escrito ejerce el derecho de acceso, de conformidad con lo previsto en el artículo 16 del Reglamento General de Protección de Datos.

SOLICITA

Que se proceda a acordar la rectificación de los 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 rectificación practicada.

Datos sobre los que solicito el derecho de rectificación:

Que en caso de que se acuerde no proceder a practicar la rectificación solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Asimismo, en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ICOFMA a otros responsables del tratamiento, se comunique esta rectificación a los mismos.

En……., a…….de……de…….

Firmado:

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE MÁLAGA

EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE MÁLAGA con dirección en Avenida de Carlos Haya, 151, 29.010-Málaga, N.I.F. Q2966992D y teléfono 952.215.146 ante el que se ejercita el derecho de supresión:

D/D.ª……., mayor de edad, con domicilio en……, con correo electrónico……., teléfono……. por medio del presente escrito ejerce el derecho de acceso, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Reglamento General de Protección de Datos.

SOLICITA

Que se proceda a la supresión de sus 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.

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 Agencia Española de Protección de Datos.

Que en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique su supresión.

En……., a…….de……de…….

Firmado:

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE MÁLAGA

EJERCICIO DEL DERECHO DE PORTABILIDAD DE LOS DATOS

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE MÁLAGA con dirección en Avenida de Carlos Haya, 151, 29.010-Málaga, N.I.F. Q2966992D y teléfono 952.215.146 ante el que se ejercita el derecho de portabilidad de los datos.

D/D.ª……., mayor de edad, con domicilio en……, con correo electrónico……., teléfono……. por medio del presente escrito ejerce el derecho de acceso, de conformidad con lo previsto en el artículo 20 del Reglamento General de Protección de Datos.

SOLICITA

- ☐ Que se faciliten en el plazo de un mes mis datos personales en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica.
- ☐ Que los citados datos personales sean transmitidos directamente al responsable ……(especifíquese nombre o razón social), siempre que sea técnicamente posible.

En……., a……de……de…….

Firmado:

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE MÁLAGA

EJERCICIO DEL DERECHO DE LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE MÁLAGA con dirección en Avenida de Carlos Haya, 151, 29.010-Málaga, N.I.F. Q2966992D y teléfono 952.215.146 ante el que se ejercita el derecho de limitación:

D/D.ª……., mayor de edad, con domicilio en……, con correo electrónico……., teléfono……. por medio del presente escrito ejerce el derecho de acceso, de conformidad con lo previsto en el artículo 18 del Reglamento General de Protección de Datos.

SOLICITA

Que se limite el tratamiento de mis datos personales, teniendo en consideración:

- ☐ Que he impugnado la exactitud de mis datos personales.
- ☐ Que el tratamiento es ilícito y me opongo a su supresión.
- ☐ Que el responsable ya no necesita mis datos personales para los fines para los cuales fueron recabados, pero los necesito para la formulación, ejercicio o defensa de mis reclamaciones.
- ☐ Que me he opuesto al tratamiento.

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de un mes, y que se comunique esta limitación a cada uno de los destinatarios que ese responsable del tratamiento haya comunicado mis datos personales.

En……., a…….de……de…….

Firmado: