

## EJERCICIO DEL DERECHO DE CANCELACIÓN

En..... a..... de..... de 20.....

### DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO O TRATAMIENTO

**Nombre:** ASOCIACION ESPAÑOLA DE PROFESORES UNIVERSITARIOS DE CONTABILIDAD

**Dirección:** Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, C/Parralillos s/n

**Código Postal:** 09001. **Localidad:** Burgos. **Provincia:** Burgos

**Tlfn:** 947 25 93 92

### DATOS DEL SOLICITANTE

D./ D<sup>a</sup> ....., mayor de edad, con documento Nacional de Identidad número<sup>1</sup>....., cuya residencia se encuentra sita en la C/.....nº.....,Localidad.....Provincia.....C.P.....  
..... Dirección de e-mail .....

### EXPONE.-

Por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de cancelación, de conformidad con el artículo 16 de la Ley Orgánica 15/1999, y los artículos 31 y 32 del Real Decreto 1720/07.

### SOLICITA.-

1. Que desde la recepción de esta solicitud, se proceda de manera efectiva, a la cancelación de cualesquiera datos relativos a mi persona que se encuentren en los ficheros propiedad de la **ASOCIACION ESPAÑOLA DE PROFESORES UNIVERSITARIOS DE CONTABILIDAD** en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

2. En el supuesto, por el cual la **ASOCIACION ESPAÑOLA DE PROFESORES UNIVERSITARIOS DE CONTABILIDAD** como responsable del fichero considere que dicha cancelación no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de diez días señalado.

3. Que me comuniquen mediante la dirección de correo electrónico arriba indicada, la cancelación de los datos u otra actuación, una vez, que esta halla sido efectuada.

Firmado:.....

---

<sup>1</sup> Se adjunta fotocopia del documento nacional de identidad