020172

SJ5X

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ejercicio del Derecho a la Limitación del Tratamiento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONSEJERÍA U ORGANISMO PÚBLICO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ÓRGANO GESTOR RESPONSABLE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL TRATAMIENTO O FINALIDAD:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona física  NIF | | | NIE | | | | | Número de documento: | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | | 2º Apellido: | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre | Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | C.P.: | |  | | | | |  | | Población: | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | | | Correo electrónico: | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| NIF  NIE | | | Número de documento: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | | 2º Apellido: | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre | Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | C.P.: | |  | | | | |  | | Población: | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | | |  | Correo electrónico: | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.)*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Código SIACI

Nº Procedimiento

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Digitalización e Inteligencia Artificial |
| **Finalidad** | Gestión de derechos relacionados con la protección de datos ejercidos por los ciudadanos. |
| **Legitimación** | Cumplimiento de una obligación legal.  Reglamento General Protección de Datos (RGPD). Art. 6.1.c) UE 2016/679 de 27 de abril de 2016. |
| **Destinatarios** | No existe cesión datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: [**https://rat.castillalamancha.es/info/1875**](https://rat.castillalamancha.es/info/1875) |
|  | |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** | |
| Por medio del presente escrito ejerzo el derecho de limitación, de conformidad con lo previsto en el artículo 18 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD). | |
| **Solicito**  Que se limite el tratamiento de los datos personales, teniendo en consideración:  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. | |

|  |
| --- |
|  |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Autorizaciones**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  **Me opongo a la consulta de datos de identidad**.  *(En el caso de que se haya opuesto, debe aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).* |

Firma

En , a de de 20

Organismo destinatario: Servicio de Gobernanza y Seguridad de la Información

Código DIR3: A08044144

**INSTRUCCIONES**

1. Este modelo se utilizará por el afectado que desee solicitar al responsable que limite el tratamiento de sus datos personales cuando proceda alguna de las siguientes situaciones:

* El tratamiento de sus datos personales es ilícito y el afectado se oponga a la supresión de sus datos personales.
* El responsable ya no necesita los datos personales para los fines del tratamiento, pero el afectado los necesita para la formulación, el ejercicio o defensa de sus reclamaciones.

1. El órgano gestor es el responsable del tratamiento, es la autoridad pública, servicio u otro organismo que determina los fines y medios del tratamiento. Puede ser una Dirección General, Secretaría General, Dirección Provincial, Gerencia, Residencia de Mayores, Centros Educativo, Archivo, Biblioteca, etc.
2. Cuando la respuesta no sea satisfactoria para el ciudadano, o no se haya respondido y haya transcurrido un mes desde la presentación de la solicitud por la que se ejercita el derecho de supresión, podrá presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.