

EJERCICIO DEL DERECHO DE LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO

D D./D^a _____, (en adelante el interesado) con D.N.I _____, del que se acompaña fotocopia, manifiesta su deseo de ejercer su derecho de limitación del tratamiento por parte del responsable del tratamiento COMISARIADO EUROPEO DEL AUTOMÓVIL, S.A. con domicilio fiscal en C/ Almagro, 31-1º Dcha. 28010 Madrid.

En caso de ejercer los derechos en nombre de un tercero debido a la minoría de edad del interesado o bien por discapacidad declarada (sobre la que debe adjuntar copia), indicar el nombre del tercero interesado menor de edad o discapacitado y DNI: _____.

El interesado solicita las siguientes acciones por parte del responsable del tratamiento:

- Que se proceda gratuitamente a la efectiva limitación de tratamiento, sin dilación indebida y a más tardar en el plazo de un mes desde la recepción de esta solicitud, de los siguientes datos: (Marcar con una X lo que proceda)
 - Limitar el tratamiento de todos los datos sobre mi persona.
 - Limitar el tratamiento exclusivamente de los siguientes datos:

Datos sobre los que recae el ejercicio	Justificación

En caso de que la Justificación esté acreditada por algún medio documental, se requiere que el interesado la adjunte a la presente solicitud.

- Que, si la solicitud del derecho de limitación del tratamiento fuese estimada, dicha resolución se ponga en conocimiento del interesado de algún modo en el que quede probada su recepción efectiva por parte del interesado o su representante legal.
- Que, en el caso de que el responsable del tratamiento considere que la limitación del tratamiento no procede, me sea comunicada dicha resolución igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de 1 mes indicado.

Domicilio del solicitante a efectos de recibir notificaciones respecto al presente ejercicio de derechos:

Firma del Solicitante: _____

En _____, a _____ de _____ de 20__

COMISARIADO EUROPEO DEL AUTOMÓVIL, S.A.

C/ Almagro, 31-1º Dcha.

28010 Madrid

