

# DECISIONES INDIVUALES AUTOMATIZADAS EJERCICIO DEL DERECHO DE OPOSICIÓN A LA TOMA DE DECISIONES INDIVUALES AUTOMATIZADAS



## DATOS DEL INTERESADO

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en C/  
nº. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Comunidad Autónoma \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_,  
con D.N.I. \_\_\_\_\_, del que se acompaña copia.

## DATOS DEL REPRESENTANTE (en su caso)

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en C/  
nº. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Comunidad Autónoma \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_,  
con D.N.I. \_\_\_\_\_, del que se acompaña copia.

## DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre / razón social: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
con domicilio en C/ \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Comunidad Autónoma \_\_\_\_\_ C.I.F./D.N.I. \_\_\_\_\_

De conformidad con lo previsto en el artículo 22 del Reglamento (UE) 2016/679, **SOLICITO** al RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO que las decisiones que se tomen sobre mis datos personales, que puedan producir efectos sobre mi persona, no se basen en decisiones exclusivamente automatizadas<sup>1</sup>.

---

<sup>(1)</sup> En caso de que la presente solicitud sea calificada como infundada o excesiva, tenga Ud. en cuenta que se le puede denegar su derecho solicitado, así como que se le puede cobrar un canon razonable por los costes administrativos incurridos.

Que en caso de que se estime/deseestime cesar en el tratamiento de mis datos personales para los fines anteriormente citados, tal decisión me sea comunicada por \_\_\_\_\_ (recogida presencial/medio electrónico).

### **INFORMACIÓN PARA EL INTERESADO:**

- El derecho a no estar sometido a decisiones exclusivamente automatizadas sobre sus datos deberá ser atendido respetando la legislación vigente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo.

D/Dña.

(interesado/representante)

### **IMPORTANTE (ADJUNTAR A LA SOLICITUD):**

- Si es usted el interesado, deberá adjuntar copia de su DNI.
- Si es usted el Representante, deberá adjuntar copia del DNI del interesado, así como copia de su DNI y documento acreditativo auténtico de su representación.

### **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de los datos personales de las personas físicas (RGPD), le informamos que la información personal que ha facilitado quedará debidamente registrada e incorporada a los sistemas de tratamiento de datos responsabilidad de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), y ello, con la finalidad de atender su solicitud. Por tal motivo, si usted no está conforme con el tratamiento descrito no podremos procesar el objeto de su solicitud. Igualmente, venimos a informarle de que su información personal no será comunicada a ningún destinatario salvo a aquellos que nos autorice usted o exija la ley, así como tampoco será destinada a ninguna otra finalidad distinta a la aquí informada. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de algún tratamiento específico, portabilidad, decisiones automatizadas y oposición al tratamiento descrito. Para el ejercicio de estos derechos, así como si desea conocer información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales, puede consultar nuestra Política de Privacidad y Protección de datos a través del siguiente link <https://www.semergen.es/?subSeccion=politicaPrivacidad>.