**DERECHO DE LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO**

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre / razón social: ..……………………………………............................................................

Dirección de la Oficina / Servicio ante el que se ejercita el derecho de acceso …………………………………………………………………………………………………………

C.I.F./D.N.I. .................................

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D./ Dª. .........................................................................................................., mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza ......................................................................................... nº........, Localidad ........................................... Provincia .......................................... C.P. ...............

con D.N.I.........................., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho de limitación, de conformidad con lo previsto en el **artículo 18 del Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE) 679/2016** y, en consecuencia,

SOLICITA,

Que se limite el tratamiento de mis 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.

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 20......

Firmado