

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPOSICIÓN

A LA ATENCIÓN RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CONSIST

DATOS RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

| |
|---|
| Consist. Puede confirmar dichos datos en www.e-consist.com |
|---|

DATOS DEL AFECTADO (acompañar copia del DNI)

| | | |
|--------------------|-----------|--------------|
| Nombre /apellidos: | | DNI: |
| Dirección postal: | | Cód. Postal: |
| Localidad | Provincia | |
| Email: | | |

Por medio del presente escrito ejerce el DERECHO DE OPOSICIÓN y, en consecuencia, solicita que se lleve a cabo la petición y que se me notifique el resultado por el siguiente medio:

- Correo electrónico.
- Correo postal:

| | |
|---------------------------------|--|
| Tratamientos a los que se opone | |
|---------------------------------|--|

En _____, a ___ de _____ de 20__

| |
|-------|
| Firma |
|-------|

Puede ejercer los derechos:

Dirección Postal a efectos de notificación:

C/ Rozabella n 6 pl2 of 17, 28230 Madrid

Correo electrónico: delegadodeprotecciondedatos@e-consist.com

Recuerde acompañar a su solicitud una copia del DNI o documento equivalente acreditativo de su identidad o representación.