



Facultad de Enfermería,
Fisioterapia y Podología

D. /D. ^a: _____

con D.N.I: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ C.P.: _____

PROVINCIA: _____ TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

EXPONE

QUE: _____

SOLICITA

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTA:

Sevilla, a _____ de _____ de 20 ____

Firma,

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS.

1. **Responsable del tratamiento:** Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.
2. **Finalidad:** La finalidad del tratamiento es la gestión del registro de entrada y salida de documentos.
3. **Legitimación:** Artículo 6.1.c) del RGPD. Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.
4. **Destinatarios:** Facultad de enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla y otros en función de la solicitud.
5. **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
6. **Información adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos **al dorso de este impreso** y en el siguiente enlace:
<http://institucional.us.es/vrelinstitu/informacion-sobre-tratamiento-de-proteccion-de-datos-personales-rgpd>