

**SOLICITUD DEL DERECHO A NO SER OBJETO DE DECISIONES INDIVIDUALES  
AUTOMATIZADAS, INCLUIDA LA ELABORACION DE PERFILES**

**DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO**

Nombre / Razón Social: Hospitalarios de San Juan de Dios Provincia de Castilla, Curia Provincial. Dirección ante el que se ejercita el derecho de acceso: Calle Herreros de Tejada Nº 3, C.Postal 28016, Localidad: Madrid, Provincia Madrid C.I.F: R2800081H, Correo Electrónico: [rpd.sjd01@hsjd.es](mailto:rpd.sjd01@hsjd.es)

**DATOS DEL DELEGADO DE PROTECCION DE DATOS**

Correo Electrónico: [dpo@hsjd.es](mailto:dpo@hsjd.es)

**DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL**

D./ D<sup>a</sup>. ....., mayor de edad, con domicilio en la Calle/Plaza ..... nº..... Localidad ..... Provincia ..... C.P. .... Correo Electrónico ..... con DNI/NIF/NIE/Pasaporte....., del que acompaño copia, por medio del presente escrito ejerzo el derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de conformidad con lo previsto en el artículo 22 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

En el supuesto que ostente la condición de representante legal de la persona de quien se pretende ejercitar el derecho [SOLO EN EL SUPUESTO DE QUE ACTUE POR SER AQUELLA MENOR DE EDAD O EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD QUE IMPOSIBILITE EL EJERCICIO PERSONAL DEL DERECHO] o sea representante voluntario, indique también su Nombre y Apellidos, adjunte fotocopia de su DNI y documento/s que acrediten la condición de representante: -----  
-----  
-----

**EXPONGO,**

-----  
-----  
-----  
-----

Para acreditar la situación descrita, acompaño una copia de los siguientes documentos, (cuando proceda).

**SOLICITO,**

El derecho a No ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamientos automatizados, incluida la elaboración de perfiles, que produzca efectos jurídicos en mí persona, o me afecten significativamente de modo similar, y se me notifique en el plazo máximo de un mes, de forma escrita, el resultado de la presente solicitud.  
Datos y/o Tratamientos a los que se refiere su solicitud: -----  
-----  
-----

En .....a.....de.....de 20.....  
Firmado: