

## AUTORIZACIÓN PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE PROTECCIÓN DE DATOS

Don/Doña \_\_\_\_\_, mayor de edad y con plena capacidad, con domicilio en \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, de la localidad de \_\_\_\_\_ en la provincia de \_\_\_\_\_ y DNI \_\_\_\_\_

### OTORGA:

Autorización tan amplia como en Derecho resulte necesario,

**A:**

Don/Doña \_\_\_\_\_, mayor de edad y con plena capacidad, con domicilio en \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, de la localidad de \_\_\_\_\_ en la provincia de \_\_\_\_\_ y DNI \_\_\_\_\_

### PARA

Para representarme de conformidad al Reglamento (UE) 2016/679, Reglamento General de Protección de Datos y al artículo 12.1.1 de la LO 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y de garantía de los derechos digitales, a los efectos de ejercer los derechos reconocidos en los artículos 15 al 22 del Reglamento (UE) 2016/679 ante el responsable del tratamiento:

**Iltre. Colegio Oficial de Dentistas de Málaga**, con CIF: Q2966010G y domicilio en: Pasillo de Atocha, 3-1 izquierda 29005 Málaga y teléfono: 952060024. Email: [info@coema.org](mailto:info@coema.org)

Con la firma del presente escrito el/la representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma de la persona otorgante, así como de la/s copia/s del N.I.F. de la/s misma/s que acompaña/n a este documento.

En Málaga, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021

Firma del Representado

Firma del Representante