

HERMANAS HOSPITALARIAS  
BENITO MENNI CASM  
C/ Dr Pujadas, 38  
08830 St Boi de Llobregat

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en la calle \_\_\_\_\_, Código Postal \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, del que acompaña fotocopia, por medio del presente escrito solicita ejercer su derecho de acceso, de conformidad con el artículo 21 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, 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.

**EXPONE:**

(Enumerar los motivos por los que se opone al mismo)

---

---

---

Para acreditar la situación descrita, acompaño una copia de los siguientes documentos:

---

---

---

**SOLICITA:**

Que sea atendido mi ejercicio del derecho de oposición en los términos anteriormente expuestos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Fdo.