

Revocación de autorización tratamiento de imágenes

Datos del responsable del tratamiento

Razón social: Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (F.S.P.)

Dirección: Calle Melchor Fernández Almagro 3 28029 Madrid

CIF: G82316753

Datos del interesado o representante legal

D./ D^a. , mayor de edad, con domicilio en la C/Plaza nº....., Localidad Provincia C.P. Comunidad

Autónoma y con D.N.I....., del que acompaña copia en la versión impresa, por medio del presente escrito **REVOCA EXPRESAMENTE** su autorización para el tratamiento y utilización de su imagen por parte del CNIC en los términos y condiciones en los que emitió la misma con ocasión del evento: “.....”

Firmado

Para el supuesto de revocar la autorización de tratamiento de imágenes de menores de edad ¹

D./D^a..... (indicar filiación.....) con DNI y D./D^a..... (indicar filiación) con DNI , con domicilio en la C/Plaza nº....., Localidad..... Provincia C.P. Comunidad Autónoma , (se acompañan sendas copias de DNI), por medio del presente escrito **REVOCA/N EXPRESAMENTE** su autorización para el tratamiento y utilización de la imagen de su hijo/a por parte del CNIC en los términos y condiciones en los que se emitió la misma con ocasión del evento: “.....”

Firmado:

D./D^a. _____ D./D^a _____

¹ En caso de que firme únicamente uno de los progenitores (padre o madre), afirma que cuenta con el consentimiento previo del otro.