



Facultad de Farmacia

D./D^a _____ D.N.I. _____

domicilio en C/ o Plaza _____

n^o _____, piso _____, Localidad _____

Provincia _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Matriculado en _____ Curso _____

EXPONE: _____

SOLICITA: _____

Documentación que se acompaña:

Sevilla, a _____ de _____ de 20____

(firma)

En aplicación del principio de transparencia y lealtad regulado en el Reglamento General de Protección de datos RGPD UE 2016/679 y LOPDPyGDD (LO 3/2018) se le informa que la Universidad de Sevilla es responsable del presente tratamiento de datos personales, "Gestión de estudiantes oficiales de la US", que tiene como finalidad la organización de la docencia y el estudio. El tratamiento se realiza para el cumplimiento de una obligación legal y para el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

De acuerdo con la normativa aplicable, tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos personales, así como a otros derechos que puede consultar, junto a una información adicional más detallada, en el enlace: http://servicio.us.es/academica/sites/default/files/Prot_Datos.pdf

SRA. DECANA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA