

**AUTORIZACIÓN A UNA ENTIDAD DECLARANTE
PARA SOLICITAR INFORME A LA C.I.R.B.E.**

(Persona FISICA)

Autorizo a la entidad **AFIGAL, S.G.R.**, para que solicite a la Central de Información de Riesgos del Banco de España un informe de mis riesgos crediticios, autorización que hago extensiva a la mencionada Central de Información de Riesgos para que le facilite los datos interesados, tanto en el momento del estudio, como en el de la firma de la operación, en su caso. Asimismo, doy consentimiento para que cualquier dato de carácter personal y/ó profesional, que proporcione a **AFIGAL, S.G.R.**, se utilice para el estudio, análisis y elaboración de un informe de riesgo crediticio, del que soy parte solicitante. Por último, autorizo la cesión de los mismos a la entidad ó entidades financieras participantes en dicho riesgo crediticio, ya sea en su papel de prestatario como de avalista, para que estos sean utilizados en sus correspondientes procesos de estudio, análisis y resolución.

Declaro conocer que en cualquier momento puedo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad en los términos establecidos en la normativa vigente, por escrito adjuntando copia del DNI o Pasaporte al **Delegado de Protección de Datos, AFIGAL, S.G.R.** con domicilio en C/Alameda, 30-32, bajo, CP 15003, A Coruña, o enviando un mail a la dirección dpo@afigal.es. Asimismo, declaro tener conocimiento de que, en cualquier momento puedo retirar el consentimiento aquí prestado y, en caso de entender no satisfecho el ejercicio de mis derechos, presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

La negativa a facilitarlos supondrá la imposibilidad de llevar a cabo la autorización correspondiente para **AFIGAL, S.G.R.**

Para información adicional sobre el tratamiento de datos personales o cómo ejercer sus derechos, puede consultar nuestra página web en la dirección <http://www.afigal.es/politica-privacidad.phtml>

D./Dª. N.I.F.

Conyuge

D./Dª. N.I.F.

Firma y sello :

A CUMPLIMENTAR POR AFIGAL, S.G.R.

Garantizo la autenticidad de la firma de este documento.

D./Dª.

N.I.F.

Cargo

Firma y sello de AFIGAL, S.G.R.:

En _____, a ____ de _____ de _____