

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DERECHOS ARCO-POL

DATOS DEL O LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre Completo del solicitante			
Domicilio			
Correo Electrónico		Teléfono	
Representante Legal (si aplica)			
Los datos corresponden a:			
Menor de edad			
Persona fallecida			
DATOS SOBRE LA SOLICITUD			
Marque con una "x" el derecho que solicita ejercer.			
☐ Acceso ☐ Rectificación ☐ Cancelación ☐ Oposición ☐ Limitación ☐ Portabilidad			
Descripción de la solicitud: (Indique de forma clara y precisa los datos personales que correspondan al derecho que está ejerciendo.			

Si el derecho que se solicita ejercer es de acceso a datos personales seleccione la modalidad de acceso.	☐ Formato impreso (los costos de reproducción, certificación y envío estarán sujetos a validación) ☐ Correo Electrónico (envío gratuito) ☐ Otros (sujeto a revisión) (especificar el medio) _____
Lugar o medio para recibir notificaciones	Correo electrónico _____ Teléfono de contacto _____

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- ☐ Copia del Documento Único de Identidad del solicitante DUI.
- ☐ Copia del poder de representación **(si aplica)**.
- ☐ Pruebas o documentos adicionales que respalden la solicitud **(si aplica)**.
- ☐ Copia de certificación de partida de nacimiento **(si aplica)**
- ☐ Copia de carné de minoridad **(si aplica)**
- ☐ Copia de certificación de partida de defunción **(si aplica)**
- ☐ Copia de documento que compruebe el vínculo familiar con el fallecido **(si aplica)**

FIRMA DEL O LA SOLICITANTE

Lugar			Fecha	
_____ Firma del Solicitante o Representante Legal				
USO INTERNO (responsable del tratamiento)				
Fecha de recepción		Sello		

El plazo máximo de respuesta será 20 días hábiles, contados a partir de la recepción de la solicitud pudiendo prorrogarse este plazo por causas justificadas por otros 20 días hábiles, conforme a lo establecido en la Ley para la Protección de Datos Personales