

En la Ciudad de _____ a _____, de _____ del año _____

**OFICIAL DE PROTECCIÓN DE
DATOS PERSONALES
P R E S E N T E**

*Nota: Toda solicitud, deberá estar debidamente
llenada, firmada, acompañada por una identificación
oficial con fotografía y por la información que sea
necesaria para el ejercicio de sus derechos ARCO.*

Nombre Completo del Titular de los Datos Personales: _____

Nombre Completo del Representante del Titular de los Datos Personales*: _____

¿Cómo desea recibir notificaciones?

Correo Electrónico	En las oficinas
--------------------	-----------------

Teléfono de Contacto: _____ Correo Electrónico _____

Marque el tipo de Derecho que desea Ejercer:

ACCESO	RECTIFICACIÓN	CANCELACIÓN	OPOSICIÓN
--------	---------------	-------------	-----------

En el espacio en blanco describa, con letra de molde y de forma clara y precisa, la información respecto de la cual desea el ejercicio de sus derechos ARCO. Cuando se trate del derecho de RECTIFICACIÓN de datos personales, deberá acompañar la documentación suficiente que permita soportar la rectificación de la información.

Nombre Completo y Firma del Solicitante

*Cuando se actúe en nombre y/o representación de otra persona deberá adjuntarse el documento idóneo, que compruebe dicha situación.