



RED DE COOPERATIVAS
FEDECACES

SOLICITUD DE EJERCICIO DEL DERECHO DE CANCELACIÓN O SUPRESIÓN DE DATOS PERSONALES

<<Conforme al Artículo 10 de la Ley Para la Protección de Datos Personales y sus excepciones.>>

DATOS DE LA PARTE SOLICITANTE:

NOMBRE SOLICITANTE:			
TELEFONO:		DOMICILIO:	
CORREO ELECTRONICO:			
LUGAR O MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:	CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/>		CELULAR <input type="checkbox"/> (WhatsaApp)
USTED ACTUA EN CALIDAD DE:		TITULAR DE LA INFORMACIÓN: <input type="checkbox"/>	
OTRO: (Especifique) <input type="checkbox"/>			

EN CASO DE EFECTUAR LA SOLICITUD EN REPRESENTACION DE UN TERCERO, LLENE EL APARTADO QUE CORRESPONDA:

REPRESENTACIÓN DE MENOR O INCAPAZ <input type="checkbox"/>	REPRESENTACIÓN POR PODER <input type="checkbox"/>	HEREDERO DECLARADO: <input type="checkbox"/>
NOMBRE TITULAR REPRESENTADO:		

TIPO DE DOCUMENTO QUE ACREDITA PERSONERIA (DOCUMENTACIÓN ADJUNTA):

<input type="checkbox"/> Copia del Documento Único de Identidad del solicitante. <input type="checkbox"/> Copia del Poder de Representación (si aplica). <input type="checkbox"/> Copia de Certificación de Partida de Nacimiento (si aplica) <input type="checkbox"/> Copia de Carné de minoridad (si aplica) <input type="checkbox"/> Copia de Certificación de Partida de Defunción (si aplica)	<input type="checkbox"/> Copia de documento que compruebe el vínculo familiar o sucesorio con el fallecido (si aplica). <input type="checkbox"/> Pruebas o documentos adicionales que respalden la solicitud (si aplica).
OTROS:	

DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO: (Opcional, si conoce la información)

NOMBRE ENTIDAD:			
AREA O UNIDAD RESPONSABLE:		SERVICIO BRINDADO:	
INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PERMITA LA LOCALIZACIÓN DE LOS DATOS			



DATOS SOBRE LA SOLICITUD

DERECHO QUE SE EJERCE:	CANCELACIÓN O SUPRESIÓN DE DATOS PERSONALES	
DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD: (Indique de forma clara y precisa qué datos desea que sean cancelados o suprimidos)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO DE DATOS		
El solicitante manifiesta su derecho a la cancelación o supresión de sus datos personales por una de las siguientes razones:	<input type="checkbox"/> Los datos personales ya no son necesarios para los fines para los cuales fueron tratados. <input type="checkbox"/> El titular retira su consentimiento y el tratamiento no se basa en otra causa de licitud. <input type="checkbox"/> El titular se opone al tratamiento y no existen motivos legítimos que justifiquen su conservación. <input type="checkbox"/> Los datos personales han sido obtenidos o tratados ilícitamente. <input type="checkbox"/> Los datos personales deben suprimirse para el cumplimiento de una obligación legal. <input type="checkbox"/> Los datos personales se obtuvieron en relación con la oferta de servicios dirigidos a niños. <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)	

Por medio del presente escrito expreso mi voluntad de ejercer el **DERECHO DE CANCELACIÓN O SUPRESIÓN**, conforme lo establece el artículo 10 de la *Ley para la Protección de Datos Personales*. En consecuencia, **SOLICITO**:

1. Que se me permita ejercer plenamente el derecho de cancelación o supresión de mis datos personales contenidos en las bases de datos de FEDECACES DE R.L., acorde a lo expresado en la presente.
2. Que, se me dé respuesta de acuerdo a mis derechos y lo establecido en la *Ley para la Protección de Datos Personales*.

LUGAR Y FECHA:

FIRMA:

La presente solicitud puede ser enviada por los siguientes medios:

Correo electrónico: proteccion.datos@fedecaces.coop

OFICINAS FEDECACES DE R.L. 23 Avenida Norte y 25 Calle Poniente, #1301, San Salvador, San Salvador Centro.

USO INTERNO

MEDIO DE RECEPCIÓN:	<input type="checkbox"/> PRESENCIAL (OFICINAS FEDECACES DE R.L.)	<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRONICO
RECEPCIONISTA:		
FECHA DE RECEPCIÓN:	SELLO:	