

SOLICITUD DE EJERCICIO DEL DERECHO AL OLVIDO DE DATOS PERSONALES

<<Conforme al Artículo 10 inciso final de la Ley Para la Protección de Datos Personales.>>

DATOS DE LA PARTE SOLICITANTE:

NOMBRE SOLICITANTE:			
TELEFONO:		DOMICILIO:	
CORREO ELECTRONICO:			
LUGAR O MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:	CORREO ELECTRÓNICO	<input type="checkbox"/>	CELULAR (WhatsApp)
		<input type="checkbox"/>	
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:	OLVIDO DE DATOS PERSONALES	
DESCRIPCION DE LA SOLICITUD: (Indique de forma clara y precisa los datos personales que desea eliminar y, si aplica, la ubicación de estos en la base de datos del responsable)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Fecha o periodo aproximado de los datos a eliminar.		
Solicito la eliminación de mis datos personales contenidos en la base de datos de esta entidad y terceros relacionados, con base en el derecho de olvido contemplado en el Artículo 10 inciso final de la Ley para la Protección de Datos Personales, por las siguientes razones:	<input type="checkbox"/> La información publicada es inadecuada, inexacta o no pertinente. <input type="checkbox"/> La información es desactualizada o excesiva. <input type="checkbox"/> La información ha dejado de ser relevante con el paso del tiempo. <input type="checkbox"/> Otro motivo (especificar):	
DETALLE EVIDENCIAS QUE COMPRUEBAN LA PROCEDENCIA (Adjuntar Copia)		
EVIDENCIA 1: _____		
EVIDENCIA 2: _____		
EVIDENCIA 3: _____		

Por medio del presente escrito expreso mi voluntad de ejercer el **DERECHO AL OLVIDO**, conforme lo establece el artículo 10 inciso final de la *Ley para la Protección de Datos Personales*. En consecuencia, **SOLICITO**:

1. Que se me permita ejercer plenamente el derecho al olvido y eliminación 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:	