Referencia: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DERECHO DE ACCESO A DATOS PERSONALES

Conforme al Artículo 8 de la Ley Para la Protección de Datos Personales" El titular de datos personales tendrá derecho a obtener toda la información que sobre sí mismo se encuentre en bases de datos o registros físicos".

DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO			
Nombre o Razón Social	Asociación Cooperativa de Ahorro y Crédito del Colegio Médico de El Salvador de Responsabilidad Limitada.		
Domicilio	Esquina sur Pte. Entre Blvd. Constitución y Prolongación Alameda Juan Pablo II, Centro Financiero Comédica, con domicilio en el distrito de San Salvador, municipio de San Salvador Centro, departamento de San Salvador.		
Correo Electrónico	*protección.datos@comedica.com.sv.*	Teléfono	2508-2684
DATOS DEL O LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre Completo del solicitante			
Domicilio			
Correo Electrónico		Teléfono	
Representante Legal (si aplica)			
Los datos corresponden a:			
Niñez y Adolescencia			
Persona fallecida			
DATOS SOBRE LA SOLICITUD			
Derecho que se ejerce	**ACCESO A DATOS PERSONALES**		
Descripción de la solicitud: (Indique de forma clara y precisa los datos personales que desea consultar, la fecha o periodo en que se llevó a cabo la recolección de sus datos y el área que considera responsable de su tratamiento, si lo conoce.)			

Modalidad de acceso (Seleccione una opción)	☐ Consulta directa ☐ Copia simple ☐ Correo Electrónico ☐ Copia Certificada ☐ Dispositivo de almacenamiento
Lugar o medio para recibir notificaciones	_____Correo electrónico _____Acudir con el delegado de Protección de Datos Personales.

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)

Recepcionista			
Fecha de recepción		Sello	

* En consonancia con el artículo veintitrés de la Ley para la Protección de Datos Personales, los costos de reproducción, certificación y envío serán establecidos y previamente publicados por los sujetos obligados. Si fuera necesario algún dispositivo de almacenamiento, el titular de los datos personales deberá proporcionarlo para realizar el respectivo traslado de su respuesta.

** En caso de que se inicie la sustanciación de un proceso ante la Agencia de Ciberseguridad del Estado, dicha entidad podrá requerir información adicional a las partes involucradas, con el fin de contar con los elementos necesarios para el adecuado análisis y resolución de este.