Referencia: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DERECHO DE RECTIFICACIÓN A DATOS PERSONALES

Conforme al Artículo 9 de la Ley Para la Protección de Datos Personales, "El titular tendrá derecho a solicitar al responsable la rectificación o corrección de sus datos personales, cuando éstos sean inexactos, incompletos o no se encuentren actualizados. Además, el titular podrá solicitar la rectificación y actualización de sus datos personales, en el caso de que éstos hayan sido sometidos a tratamiento en inobservancia de las disposiciones de la presente ley".

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 (si aplica)			
Niñez y Adolescencia			
Persona fallecida			
DATOS SOBRE LA SOLICITUD			
Derecho que se ejerce	**RECTIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES**		
Descripción de la solicitud: (Indique de forma clara y precisa los datos personales que desea rectificar y el área que considera responsable de su tratamiento, si lo conoce.)			
Documentación que acredita la procedencia de la rectificación	Documento 1: _____ Documento 2: _____		

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

FORMA DE ENTREGA DE LA RESPUESTA	
Seleccione la modalidad en la que desea recibir respuesta	☐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.

	USO INTERNO		
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.