Referencia: _____

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

Con fundamento en el artículo 10 de la Ley para la Protección de Datos Personales, el titular de los datos personales solicita la cancelación o supresión de sus datos personales almacenados en la base de datos del sujeto obligado.

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			

MOTIVO DE LA SOLICITUD

El solicitante manifiesta su derecho a la cancelación o supresión de sus datos personales por una de las siguientes razones:

☐ Los datos personales ya no son necesarios para los fines para los cuales fueron tratados.
☐ El titular retira su consentimiento y el tratamiento no se basa en otra causa de licitud.
☐ El titular se opone al tratamiento y no existen motivos legítimos que justifiquen su conservación.
☐ Los datos personales han sido obtenidos o tratados ilícitamente.
☐ Los datos personales deben suprimirse para el cumplimiento de una obligación legal.
☐ Los datos personales se obtuvieron en relación con la oferta de servicios dirigidos a niños. ☐ Otro (Especificar)

_____

Fecha aproximada del inicio del tratamiento de datos personales y descripción de los hechos que motivan la causal de su solicitud:

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.

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 SOLICITANTE

Lugar		Fecha	

Firma del Solicitante o Representante Legal

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