Referencia: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DERECHO DE OPOSICIÓN

Conforme al Artículo 12 de la Ley para la Protección de Datos Personales. "Es el derecho del interesado a solicitar el cese en el tratamiento de sus datos personales, incluida la elaboración de perfiles o clasificaciones con fines comerciales o de mercadotecnia directa".

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	
Nombre del representante legal (si aplica)			
Los datos corresponden a (si aplica)			
Niñez y Adolescencia			
Persona fallecida			
Solicito el cese en el tratamiento de mis datos personales con base en el derecho de oposición contemplado en el Artículo 12 de la Ley para la Protección de Datos Personales, por las siguientes razones:			
☐ Oposición a la elaboración de perfiles o clasificaciones con fines comerciales o de mercadotecnia directa. ☐ Otro motivo (especificar) _____			
DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES AFECTADOS*			
Indique y describa la fecha o tiempo aproximado de los datos personales respecto a los cuales solicita la oposición y la razón específica			

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)**

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.

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 del mismo.