Referencia: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DERECHO AL OLVIDO

Conforme al Artículo 10, último inciso de la Ley para la Protección de Datos Personales. "El titular también podrá ejercer el derecho al olvido de sus datos personales, cuando éstos hayan sido publicados en el entorno electrónico, debiendo el responsable informar a otros responsables del tratamiento de dichos datos personales para que éstos sean suprimidos de los enlaces, copias o réplicas que los contengan".

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			
SOLICITUD DEL EJERCICIO DEL DERECHO AL OLVIDO			
Derecho que se ejerce	**EJERCICIO DEL DERECHO AL OLVIDO**		
Descripción, fecha o periodo aproximado de los datos a eliminar: (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).			
MOTIVO DE LA SOLICITUD			
☐ La información publicada es inexacta o incorrecta. ☐ La información es desactualizada o no pertinente. ☐ La información ha dejado de ser relevante con el paso del tiempo.			

☐ Otro motivo (especificar): _____

DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITA LA PROCEDENCIA DE LA ELIMINACIÓN

☐ 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)**

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 (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.