Referencia: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DERECHO A LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Conforme al Artículo 13 de la Ley para la Protección de Datos Personales, permite al titular solicitar que sus datos personales y su tratamiento se limite a ciertas acciones específicas.

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 DE EJERCICIO DEL DERECHO A LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO
Con base en lo dispuesto en el Artículo 13 de la Ley para la Protección de Datos Personales, solicito la limitación del tratamiento de mis datos personales bajo los siguientes supuestos:
☐ Impugnación de la exactitud de mis datos personales mientras se verifica su exactitud. ☐ El tratamiento de mis datos es ilícito y me opongo a su supresión, solicitando en su lugar la limitación de su uso. ☐ El responsable ya no necesita los datos personales para los fines del tratamiento, pero el titular los necesita para la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones. ☐ Me he opuesto al tratamiento de mis datos personales mientras se verifica si los motivos legítimos del responsable prevalecen sobre los míos.
DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES AFECTADOS
Indique los datos personales respecto de los cuales solicita la limitación del tratamiento:

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 la respuesta (si aplica)	☐ 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 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.