

FECHA: __/__/__

FORMATO DE SOLICITUD DERECHOS ARCO**DIRIGIDO A CLINICA INTERNACIONAL****I. DATOS DEL SOLICITANTE:**

Nombres:

Apellidos:

DNI:

Pasaporte:

CE:

Domicilio:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

País:

Solicito que todo acto administrativo derivado del presente procedimiento se me notifique a mi dirección de correo electrónico (numeral 4 del artículo 20º de la Ley N°27444).

Sí

No

Si la respuesta es positiva, indicar dirección de correo electrónico:

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales, solicito:

II. SOLICITUD

Marque con un aspa (x) el o los Derechos ARCO que desea ejercer:

Información

Acceso

Rectificación

Cancelación

Oposición

Revocación del Consentimiento

Derecho de Información: Permite que una persona tome conocimiento sobre la finalidad para la que sus datos personales están siendo tratados; quiénes son sus destinatarios, la existencia del banco de

FECHA: __/__/__

datos en que se almacenan, así como la identidad y domicilio de su titular y, de ser el caso, del encargado del tratamiento de sus datos personales, así como del tiempo de conservación de sus datos.

Derecho de Acceso: Permite que una persona tome conocimiento sobre los datos que se tiene sobre ella; a fin que pueda controlar la exactitud de los mismos, y en caso de ser necesario, hacerlos rectificar o cancelar.

Derecho de Rectificación: Permite a una persona solicitar que se actualicen los datos personales que resulten ser inexactos, erróneos o falsos. Este derecho, a su vez permite al titular de los datos personales solicitar que se completen sus datos personales.

Derecho de Cancelación: Permite al titular del dato personal, solicitar se supriman sus datos personales cuando la finalidad por la que se recopiló haya caducado, salvo que medie ley que disponga lo contrario.

Derecho de Oposición: Permite al titular de datos personales oponerse a su tratamiento cuando existan motivos fundados y legítimos relativos a una concreta situación personal.

III. DETALLAR EL TIPO DE DATO PERSONAL:

IV. DETALLAR EL MOTIVO DE LA SOLICITUD:

V. FIRMA

Firma: _____

CLINICA INTERNACIONAL garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos de carácter personal facilitado, y así, de conformidad con lo establecido en la Ley 29733- Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, el usuario queda informado y presta su consentimiento a la incorporación de sus datos a los bancos de datos automatizados y no automatizados, así como al tratamiento de los mismos, para la finalidad del ejercicio de sus derechos.

FECHA: __/__/__

La Política de Privacidad de CLINICA INTERNACIONAL, le garantiza la adopción de las medidas técnicas, organizativas y legales necesarias para asegurar el tratamiento confidencial de dichos datos.

Instrucciones de Entrega

1. Deberá consignarse en los espacios correspondientes toda la información solicitada.
2. Deberá presentar el original y fotocopia del Formulario en las oficinas de Clínica Internacional, ubicadas en:
 - Jirón Washington N° 1471, Piso 1, Cercado de Lima, Lima.
 - Av. Guardia Civil N° 421 – 433, Piso 7, San Borja, Lima.
 - Jirón Independencia N° 1055, Miraflores, Lima.
3. Deberá presentar copia de su documento de identidad.