**FORMULARIO PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS ARCO**

**SYF**

Nombres del Titular de los Datos Personales:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Apellidos del Titular de los Datos Personales:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del representante legal del Titular de los Datos Personales (en caso corresponda):

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Documento Nacional de Identidad o documento equivalente del Titular de los Datos Personales:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Documento Nacional de Identidad o documento equivalente del Representante Legal (cuando corresponda)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Domicilio del Titular de los Datos Personales o de su Representante (en caso corresponda), o dirección electrónica, para efecto de las notificaciones que se deriven de la presente solicitud:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

N° Telefónico del Titular de los Datos Personales (\*)[[1]](#footnote-1)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

N° Telefónico del Representante del Titular de los Datos Personales, en caso corresponda (\*)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Marque con una "x" el derecho que desea ejercer:

a) Derecho de Acceso a sus datos personales.

b) Derecho de Rectificación a sus datos personales.

d) Derecho de Cancelación de sus datos personales en las bases de datos.

e) Derecho de Oposición de los datos personales.

Detalle y sustento de la solicitud planteada (En el caso de rectificación de datos personales, el solicitante deberá indicar específicamente a qué datos personales se refiere, así como las modificaciones que deban realizarse a los mismos, aportando la documentación que sustente su petición):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documentos anexos a la solicitud:

a) Copia del Documento Nacional de Identidad o documento equivalente del Titular de Datos Personales, que debe coincidir con la información indicada precedentemente.

b) Copia del Documento Nacional de Identidad o documento equivalente del apoderado o representante legal del Titular de Datos Personales y el documento original en el que conste expresamente sus facultades de representación o documentos que acrediten su representación legal, según corresponda.

c) Documentos que sustenten la solicitud, de ser el caso (detallar)

-

-

Mediante el presente documento, autorizo a SYF a que notifique la respuesta a mi solicitud a la dirección postal y/o dirección electrónica registrada en el presente formulario.

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante[[2]](#footnote-2)

1. (\*) Información no obligatoria. [↑](#footnote-ref-1)
2. Una vez completo, enviar el formulario a consultas@salvatierra-fernandez.com [↑](#footnote-ref-2)