



INTELIGO SAB

Solicitud de Derechos ARCO

CUMPLIMIENTO

Solicitud para ejercicio de los derechos de información, revocatoria y derechos “ARCO”

Fecha de la solicitud: _____

De conformidad con lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, solicito el ejercicio de mis derechos en calidad de titular de los datos personales contenidos en los bancos de datos personales administrados por Inteligo SAB, en los términos señalados a continuación:

Derechos que desea ejercer¹:

- 1. Información** (Derecho a conocer la finalidad del uso de tus datos personales)
- 2. Revocatoria** (Derecho a solicitar que dejemos de utilizar tus datos personales)
- 3. Acceso** (Derecho a saber qué datos personales están registrados en nuestras bases de datos)
- 4. Rectificación** (Derecho a actualizar o corregir tus datos personales en nuestra base de datos)
- 5. Cancelación** (Derecho a eliminar parcial o totalmente tus datos personales de nuestra base)
- 6. Oposición** (Derecho a oponerte al tratamiento de tus datos, salvo disposición legal en contrario)

Datos del titular de los datos personales:

Nombre(s) y Apellidos (paternos y materno): _____

Tipo de documento de identidad: _____ N°: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Nota: la presente solicitud deberá ser acompañada de una copia del documento nacional de identidad o carnet de extranjería.

Datos del representante de ser el caso:

Nombre(s) y Apellidos (paternos y materno): _____

DNI: _____

¹Para mayor información sobre el proceso para el ejercicio de los derechos aquí mencionados, revisar el Manual de Atención de los Derechos ARCO comprendido en el Anexo IV de la Política de Privacidad en inteligosab.com

Descripción del derecho que desea ejercer:

Describir de forma clara y precisa el derecho que se desea ejercer sobre los datos personales, así como otros documentos que sustenten la petición de ser el caso. En el caso de revocatoria del consentimiento deberá indicar si es total o parcial; en caso de ser el segundo tipo, se deberá indicar cuál o cuáles tratamientos son aquellos con los que el titular no está conforme.

La respuesta a su requerimiento será remitida al correo electrónico que haya consignado en el presente formulario.

Nombre y Firma del Titular:

Tipo y N° Documento de Identidad:

Nombre y Firma del Representante Legal:

Tipo y N° Documento de Identidad:
