

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCOP

Código: FCNO-206-00

Versión: 1

1. DATOS DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Documento: ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otro

N° de Documento: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Adjuntar copia del documento de identidad*2. DATOS DEL REPRESENTANTE (SI CORRESPONDE)**

Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Documento: ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otro

N.° de Documento: _____

Relación con el Titular: _____

Documento que acredita la representación: _____

Adjuntar copia del documento de identidad y del documento que acredita la representación.*3. DERECHO QUE DESEA EJERCER**☐ Acceso☐ Rectificación☐ Cancelación☐ Oposición☐ Portabilidad**4. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD**Indique de manera clara y detallada el derecho que desea ejercer y los datos personales involucrados: _____
_____**5. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA****a. Para solicitudes de RECTIFICACIÓN**

Indique los datos que desea corregir o actualizar:

Dato actual: _____

Dato correcto: _____

Adjuntar documentos que sustenten la rectificación solicitada.*b. Para solicitudes de CANCELACIÓN**Indique los datos que solicita eliminar o cancelar: _____

c. Para solicitudes de OPOSICIÓN

Indique los motivos que justifican su solicitud: _____

d. Para solicitudes de PORTABILIDAD

Indique el formato o medio solicitado para la entrega de los datos: _____

6. MEDIO PARA RECIBIR LA RESPUESTA

- ☐ Correo electrónico
- ☐ Domicilio
- ☐ Recojo personal
- ☐ Otro: _____

7. DOCUMENTOS ADJUNTOS

- ☐ Copia de documento de identidad
- ☐ Documento que acredita representación
- ☐ Documentos de sustento para rectificación
- ☐ Otros: _____

8. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Declaro que la información proporcionada en la presente solicitud es verdadera y que los documentos adjuntos son auténticos. Asimismo, tomo conocimiento de que la organización podrá requerir información adicional para verificar mi identidad o evaluar la procedencia de la solicitud.

Al firmar este documento autorizas a Medifarma S.A. a tratar tus datos personales para atender tus derechos ARCOP.

Firma del Titular o Representante:
