

	POLÍTICA	Código:
	DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES	Versión:
		Página 34 de 37

12.2. ANEXO 2

FORMULARIO N° 1: SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN

Señores

.....

Atención: Responsable de Seguridad

Yo....., identificado con DNI
N°....., domiciliado en....., con
teléfono/celular y con correo electrónico

En concordancia con los artículos comprendidos en el Título IV “Derechos del titular de Datos Personales” del Reglamento de la Ley de Protección de Datos Personales, indico a continuación el derecho que pretendo ejercer:

☐ Acceso ☐ Rectificación ☐ Cancelación ☐ Oposición

En razón de ello, ante ustedes, con el debido respeto sustento mi petición:

.....
.....
.....
.....
.....

	POLÍTICA	Código:
	DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES	Versión:
		Página 35 de 37

.....
.....
.....
.....
.....

Por lo expuesto, ruego acceder a mi solicitud.

DOCUMENTOS QUE ADJUNTO:

- 1.-.....
- 2.-.....
- 3.-.....

BOSTON SERVICIOS MEDICOS S.A.C cuenta con plazos establecidos por el Reglamento para pedir que se subsane la solicitud y también con plazos para responder la misma.

Cualquier consulta sobre el estado de su solicitud, puede escribirnos al correo: notificaciones@bostonmedical.com.pe

En caso la respuesta sea total o parcialmente negativa por parte de BOSTON SERVICIOS MEDICOS S.A.C y ésta no esté debidamente justificada, podrá recurrir a la Dirección General de Protección de Datos Personales en vía de reclamación, a fin de que se tutele sus derechos ARCO.

Firma del solicitante