

	POLÍTICA	Código:
	DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES	Versión:
		Página 36 de 37

12.3. ANEXO 3

SOLICITUD DE REGISTRO DE INCIDENTE DE SEGURIDAD DE DATOS PERSONALES

BOSTON SERVICIOS MEDICOS S.A.C

Fecha: [DD/MM/AAAA]

Hora del incidente: [HH:MM]

1. Datos del Reportante

- **Nombre completo:** [Nombre y Apellidos]
- **Cargo/Área:** [Departamento o función]
- **Teléfono de contacto:** [Número]
- **Correo electrónico:** [Correo]

2. Detalles del Incidente

- **Fecha y hora de detección:** [DD/MM/AAAA - HH:MM]
- **Tipo de incidente:** [Acceso no autorizado, pérdida de datos, alteración, divulgación indebida, etc.]
- **Descripción del incidente:** [Explicación breve y clara del hecho ocurrido]
- **Datos personales comprometidos:** [Detalle de los datos afectados]
- **Número aproximado de titulares afectados:** [Cantidad estimada]
- **Medidas preliminares adoptadas:** [Acciones realizadas para mitigar el impacto]

3. Requerimiento y Observaciones

- [Opcional: Indicar acciones o soporte adicional requerido]

Firma del reportante:

[Nombre y firma]

Firma del Oficial de Datos Personales (ODP) o Responsable de Seguridad:

[Nombre y firma]

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

Enviar esta solicitud a: notificaciones@bostonmedical.com.pe o entregarla en la oficina correspondiente.