

Layseca Asociado S.A.C. en cumplimiento con la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales (LPDP) y sus normas regulatorias, pone a su disposición el presente formulario para que pueda solicitar cualquier tipo de información relacionada con el tratamiento de sus datos personales, reconocidos por la Ley antes referida. A fin de atender adecuadamente su solicitud, es necesario que nos proporcione la siguiente información:

DATOS DEL TITULAR DE DATOS PERSONALES (COMPLETE)

Nombres			
Apellidos			
Tipo de documento		N° de Documento	
Teléfono			
Correo electrónico			
Domicilio			
Distrito		Provincia	
Departamento		País	

DATOS DEL REPRESENTANTE DEL TITULAR DE DATOS PERSONALES (DE SER EL CASO)

Nombres			
Apellidos			
Tipo de documento		N° de Documento	
Teléfono			
Correo electrónico			
Domicilio			
Distrito		Provincia	
Departamento		País	

SELECCIONE EL TIPO DE DERECHO QUE DESEA EJERCER (MARQUE CON UNA X)

En ejercicio de los derechos que me confiere la Ley de Protección de Datos Personales y sus normas regulatorias solicito:

<input type="checkbox"/>	ACCESO a la información de sus datos personales
<input type="checkbox"/>	RECTIFICACIÓN de sus datos personales
<input type="checkbox"/>	CANCELACIÓN o supresión de sus datos personales en las bases de datos
<input type="checkbox"/>	OPOSICIÓN al tratamiento de sus datos personales
<input type="checkbox"/>	INFORMACIÓN sobre el tratamiento que realiza

En el siguiente recuadro exponga de forma clara y precisa los alcances de su solicitud, señalando específicamente la información a la que desea acceder, rectificar, cancelar, oponerse o informarse del tratamiento de sus datos personales. De ser el caso, deberá de adjuntar la documentación que sustente su petición.

--

MEDIO POR EL CUAL SERÁ NOTIFICADA LA RESPUESTA (MARQUE CON UNA X)

A través del presente acto, autorizo a Check Salud notificar la respuesta de mi solicitud a la dirección postal o a la dirección electrónica que registro en el presente formulario.

<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN POSTAL	<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO
---	---

Lima, ____ de _____ del 20 ____,

Nombre y Firma del Titular de Datos Personales
o del representante legal que solicita el ejercicio de derechos ARCO

- Las solicitudes se responderán dentro de los plazos establecidos en el Capítulo I del Título IV del Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, aprobado por Decreto Supremo No. 003-2013-JUS.
- El ejercicio de alguno o algunos de los derechos no excluye la posibilidad de ejercer otros derechos, ni puede ser entendido como requisito previo para el ejercicio de cualquiera de ellos.
- Con la firma del presente formulario, el titular o en su caso el representante de éste, otorgan su consentimiento para la recopilación y tratamiento de sus datos, al igual que la información contenida en los documentos anexados, los cuales tendrán como finalidad exclusiva para la adecuada atención del ejercicio de los derechos ARCO