

Formulario de Solicitud - Derecho de Eliminación de Datos Personales

Fecha de Solicitud: _____

Nombre del Titular de Datos Personales: _____

Número de Identificación: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Número de Teléfono: _____

Por medio de la presente, solicito ejercer mi derecho de eliminación de datos personales de conformidad con lo establecido en el Artículo 15 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD) de Ecuador.

Detalle claro y específico de la solicitud:

Detalle de la solicitud de eliminación de datos personales (Opcional)

Firma del Titular

Personal de la Cooperativa

Nombres: _____

Agencia: _____

Cargo: _____

Nota:

- La Cooperativa verificará su identidad antes de procesar la solicitud.
- La Cooperativa atenderá la solicitud dentro del plazo de quince (15) días, de acuerdo con lo establecido en la ley.
- La Eliminación, supresión o dejar irreconocibles de datos personales se realizara siguiendo los métodos y técnicas apropiados, cabe mencionar que en ocasiones existe la base legal para continuar con la conservación y el tratamiento de datos personales.