**I. DATOS DEL SOLICITANTE.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del titular de los datos personales** | | | | | | | | |
| Nombres: | | | | | | | | |
| Apellidos: | | | | | | | | |
| Documento de identidad | DNI: | | | Pasaporte: | | | | CE/CI/Otro: |
| Teléfono de Referencia | Fijo: | | | | Móvil: | | | |
| Domicilio: | | | | | | | | |
| Distrito: | | Provincia: | | | | Departamento: | | |
| Correo electrónico | Principal: | | | | Secundario: | | | |
| **Datos del representante legal o apoderado (si corresponde)** | | | | | | | | |
| Nombres: | | | | | | | | |
| Apellidos: | | | | | | | | |
| Documento de identidad | DNI: | | | Pasaporte: | | | | CE/CI/Otro: |
| Teléfono de Referencia | Fijo: | | | | Móvil: | | | |
| Domicilio: | | | | | | | | |
| Distrito: | | | Provincia: | | | | Departamento: | |
| Correo electrónico | Principal: | | | | Secundario: | | | |
| **Relación con Universidad Femenina Sagrado Corazón** | | | | | | | | |
| Cliente: | | | Proveedor: | | | | Otro: | |

**II. SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHO ARCO.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Derecho ARCO. ( Marque con una “X” )** | | | |
|  |  |  |  |
| **Acceso**  Derecho a obtener la información contenida en nuestros bancos de datos personales. | **Rectificación**  Derecho a modificar, actualizar, corregir los datos que se encuentren inexactos. | **Cancelación/Supresión**  Cuando dejaron de ser pertinentes para la finalidad recabada o cuando no estén siendo tratados conforme a ley. | **Oposición**  Por motivos legítimos y fundados referido a una situación personal concreta. |
| **Detalle de solicitud / sustento de ejercicio de derecho ARCO solicitado** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

**III. REQUISITOS Y DOCUMENTOS ADJUNTOS.**

|  |
| --- |
| **Requisitos** |
| * Copia simple del documento de identidad especificado en la solicitud. |
| * Poder o título vigente que acredite la representación para el escenario que la solicitud no es presentada por el titular. La vigencia no podrá ser mayor a dos meses. |
| **Documentación adicional adjunta. Precisar.** |
|  |
|  |
|  |

**IV. AUTORIZACIÓN DE TRÁMITE DE SOLICIUD.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Confirmación de solicitud.** | | |
| Fecha: | Firma: | Huella digital |
| **Con mi firma y huella autorizo a que la información aquí entregada sea procesada y almacenada a efectos de posibilitar la atención de lo solicitado, las misma que será siempre protegida y tratada de acuerdo a la ley de protección de datos personales.** | | |