



Referencia

### FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DERECHO DE ACCESO A DATOS PERSONALES

Conforme al Artículo 8 de la Ley Para la Protección de Datos Personales” El titular de datos personales tendrá derecho a obtener toda la información que sobre sí mismo se encuentre en bases de datos o registros físicos”.

DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO			
Nombre o Razón Social			
Domicilio			
Correo Electrónico		Teléfono	
DATOS DEL O LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre Completo del solicitante			
Domicilio			
Correo Electrónico		Teléfono	
Representante Legal (si aplica)			
Los datos corresponden a:			
Niñez y Adolescencia			
Persona fallecida			
DATOS SOBRE LA SOLICITUD			
Derecho que se ejerce	ACCESO A DATOS PERSONALES		
<b>Descripción de la solicitud:</b> (Indique de forma clara y precisa los datos personales que desea consultar, la fecha o periodo en que se llevó a cabo la recolección de sus datos y el área que considera responsable de su tratamiento, si lo conoce.)			



## Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada

Modalidad de acceso (Seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> Consulta directa <input type="checkbox"/> Copia simple <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Copia Certificada <input type="checkbox"/> Dispositivo de almacenamiento
Lugar o medio para recibir notificaciones	____ Correo electrónico ____ Acudir con el delegado de Protección de Datos Personales.
<b>DOCUMENTACIÓN ADJUNTA</b>	
<input type="checkbox"/> Copia del Documento Único de Identidad del solicitante DUI. <input type="checkbox"/> Copia del poder de representación <b>(si aplica)</b> . <input type="checkbox"/> Pruebas o documentos adicionales que respalden la solicitud <b>(si aplica)</b> . <input type="checkbox"/> Copia de certificación de partida de nacimiento <b>(si aplica)</b> <input type="checkbox"/> Copia de carné de minoridad <b>(si aplica)</b> <input type="checkbox"/> Copia de certificación de partida de defunción <b>(si aplica)</b> <input type="checkbox"/> Copia de documento que compruebe el vínculo familiar con el fallecido <b>(si aplica)</b>	

<b>FIRMA DEL O LA SOLICITANTE</b>			
Lugar		Fecha	
<div>Firma del Solicitante o Representante Legal</div>			
<b>USO INTERNO</b> (responsable del tratamiento)			
Recepcionista			
Fecha de recepción		Sello	



## Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada

La presente solicitud puede ser enviada por los siguientes medios:

Correo electrónico:

Dirección física:

\* En consonancia con el artículo veintitrés de la Ley para la Protección de Datos Personales, los costos de reproducción, certificación y envío serán establecidos y previamente publicados por los sujetos obligados. Si fuera necesario algún dispositivo de almacenamiento, el titular de los datos personales deberá proporcionarlo para realizar el respectivo traslado de su respuesta.

\*\* En caso de que se inicie la sustanciación de un proceso ante la Agencia de Ciberseguridad del Estado, dicha entidad podrá requerir información adicional a las partes involucradas, con el fin de contar con los elementos necesarios para el adecuado análisis y resolución de este.