



Referencia

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DERECHO DE CANCELACIÓN O SUPRESIÓN DE DATOS PERSONALES

Con fundamento en el artículo 10 de la Ley para la Protección de Datos Personales, el titular de los datos personales solicita la cancelación o supresión de sus datos personales almacenados en la base de datos del sujeto obligado.

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			
MOTIVO DE LA SOLICITUD			
El solicitante manifiesta su derecho a la cancelación o supresión de sus datos personales por una de las siguientes razones:			
<input type="checkbox"/> Los datos personales ya no son necesarios para los fines para los cuales fueron tratados.			
<input type="checkbox"/> El titular retira su consentimiento y el tratamiento no se basa en otra causa de licitud.			
<input type="checkbox"/> El titular se opone al tratamiento y no existen motivos legítimos que justifiquen su conservación.			
<input type="checkbox"/> Los datos personales han sido obtenidos o tratados ilícitamente.			
<input type="checkbox"/> Los datos personales deben suprimirse para el cumplimiento de una obligación legal.			
<input type="checkbox"/> Los datos personales se obtuvieron en relación con la oferta de servicios dirigidos a niños.			
<input type="checkbox"/> Otro (Especificar)			



Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada

Fecha aproximada del inicio del tratamiento de datos personales y descripción de los hechos que motivan la causal de su solicitud:

FORMA DE ENTREGA DE LA RESPUESTA

Seleccione la modalidad en la que desea recibir respuesta

- ☐ Copia simple
☐ Correo electrónico
☐ Copia certificada
☐ Dispositivo de almacenamiento

Lugar o medio para recibir notificaciones

- ____ Correo electrónico
____ Acudir con el delegado de Protección de Datos Personales.

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- ☐ Copia del Documento Único de Identidad del solicitante DUI.
☐ Copia del poder de representación **(si aplica)**.
☐ Pruebas o documentos adicionales que respalden la solicitud **(si aplica)**.
☐ Copia de certificación de partida de nacimiento **(si aplica)**
☐ Copia de carné de minoridad **(si aplica)**
☐ Copia de certificación de partida de defunción **(si aplica)**
☐ Copia de documento que compruebe el vínculo familiar con el fallecido **(si aplica)**

FIRMA DEL SOLICITANTE

Lugar

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal



Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada

USO INTERNO			
Recepcionista			
Fecha de recepción		Sello	

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