



**FORMULARIO PARA EJERCER EL DERECHO DE
RECTIFICACIÓN, ACTUALIZACIÓN, INCLUSIÓN O
SUPRESIÓN DE DATOS PERSONALES**

**(Ley N° 18.331 de 11 de agosto de 2008 y
Decreto N° 414/009 de 31 de agosto de 2009)**

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA BASE DE DATOS O DEL TRATAMIENTO

Nombres y apellidos:

Dirección:

Ciudad:

Departamento:

Teléfono:

Correo Electrónico:

DATOS DEL SOLICITANTE (titular de los datos personales)

PERSONA FÍSICA

Nombres y apellidos:

Documento de identidad cuya copia se adjunta:

Domicilio constituido:

Ciudad:

Departamento:

Correo Electrónico:

Teléfono:

DATOS DEL SOLICITANTE (titular de los datos personales)

PERSONA JURÍDICA

Denominación o Razón social:

Número de RUT:

Nombres y apellidos del representante o apoderado:

Documento de identidad cuya copia se adjunta:

Domicilio constituido:

Ciudad:

Departamento:

Correo Electrónico:

Teléfono:

EJERCE POR ESTE MEDIO EL DERECHO DE:

RECTIFICACIÓN	ACTUALIZACIÓN	INCLUSIÓN	SUPRESIÓN

conforme a lo previsto en el artículo 15 de la Ley 18.331 sobre Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data, SOLICITANDO:

A) Se proceda en forma gratuita a efectuar en el plazo máximo de **cinco (5) días hábiles** a contar desde la recepción de esta solicitud la:

Rectificación	Actualización	Inclusión	Supresión

de los datos relativos a mi persona ☐ a la empresa ☐ (Marcar lo que corresponda), de acuerdo a la información que detallo al final de la presente solicitud.

Vencido dicho plazo sin que el pedido sea satisfecho o si fuera denegado por razones no justificadas, quedará habilitada la acción de Habeas Data.

Si el responsable de la Base de Datos considera que la rectificación, actualización, inclusión o supresión no procede, deberá informar dentro del plazo arriba indicado, las razones por las que estima no corresponde.

B) Una vez realizada la rectificación, actualización, inclusión o supresión, se me comunique dicho extremo de la siguiente manera:

Personalmente () Telefónicamente () Por Correo Electrónico () Otro (Aclarar)

** Marcar la opción elegida*

DATOS QUE DEBEN:

RECTIFICARSE	ACTUALIZARSE	INCLUIRSE	SUPRIMIRSE

1)

2)

3)

4)

5)

FIRMA DEL SOLICITANTE:

ACLARACIÓN DE FIRMA:

FECHA: ____/____/____

RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD *(a completar por la ANC)*

Lugar: _____ **Fecha:** ____/____/____

Firma del funcionario receptor: _____

Aclaración: _____

Número de Carpeta: _____

El formulario deberá contener los datos completos del solicitante. Si se trata de una persona jurídica, los firmantes deben acreditar su representación de acuerdo a lo establecido en el mismo.