

FORMATO DE CONSULTA Y/O RECLAMOS DE DATOS PERSONALES

Teniendo en cuenta que la **CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DEL CARIBE S.A.S.** es responsable del tratamiento de mis datos personales, yo _____ titular de los mismos, identificado con cédula de ciudadanía _____ de _____ y actuando en calidad de:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cliente/Usuario | <input type="checkbox"/> Empleado/Asociado |
| <input type="checkbox"/> Proveedor | <input type="checkbox"/> Otro |

TIPO DE CONSULTAS:

- Prueba de la autorización otorgada
- Consultar mi información que se encuentra en sus bases de datos.
- Conocer el uso que la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DEL CARIBE S.A.S., le ha dado a mis datos personales.
- Otro.
¿Cuál? _____

ACTUALIZAR Y/O RECTIFICAR MIS DATOS ASÍ:

TIPO DE RECLAMACION:

- Revocar la autorización para el tratamiento de mis datos personales
- Actualizar la información relacionada con mis datos personales (anexar la información)
- Rectificar o Corregir la información relacionada con mis datos personales (anexar la información)
- Suprimir mis datos personales de sus bases de datos.

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS QUE DAN LUGAR A RECLAMO:

***SE ADJUNTA ALGÚN DOCUMENTO:** _____

Firma del titular de la información: _____

Número de identificación: _____

Teléfono de contacto: _____

Dirección de notificación: _____