

	FORMULARIO PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	ANEXO 5
		Versión 01
		Octubre 19 de 2016

DIRIGIDO A: SECAS LTDA. (SOCIEDAD EDUCATIVA CARLOS CASTRO SAAVEDRA)

ALIANZA EDUCATIVA CARLOS CASTRO SAAVEDRA LTDA.

FECHA:

SOLICITANTE: (El solicitante puede ser el titular de los datos, sus causahabientes, representantes legales o autorizados)

Nombre	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>					
Tipo de documento	T.I.	C.C.	C.E.	OTRO	Número	<input style="width: 50%; height: 15px;" type="text"/>
Domicilio*	<input style="width: 80%; height: 15px;" type="text"/>				Correo Electrónico	<input style="width: 50%; height: 15px;" type="text"/>
Nombre del Titular:	<input style="width: 80%; height: 15px;" type="text"/>				Tipo y No. D.I	<input style="width: 50%; height: 15px;" type="text"/>

(Indique el nombre del titular de la Información cuando este sea diferente al solicitante)

Procedimiento requerido:

I. CONSULTA

Conocer los datos míos que tratan	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Conocer la Política de Tratamiento de Datos	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Otro:	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>

Medio a través del cual desea su respuesta:	Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	Domicilio <input type="checkbox"/>
---	---	------------------------------------

II. RECLAMO O PETICIÓN (Recuerde que las solicitudes relacionadas con reclamos o peticiones se pueden hacer sobre una parte o la totalidad de sus datos)

Actualizar mis Datos	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Solicito Prueba de la Autorización Otorgada	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Solicito me informen el tratamiento que dan a mis datos	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Corrección o Actualización de mis datos	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Reporte uso indebido de mis datos	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Solicito Supresión de mi información	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Revocar mi autorización	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Otro:	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>

De conformidad con lo establecido en la ley, a continuación, relaciono los hechos en los que fundo mi reclamo o petición:
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

Medio a través del cual desea su respuesta:	Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	Domicilio* <input type="checkbox"/>
--	---	-------------------------------------

* El correo electrónico no es obligatorio suministrarlo, sin embargo, en virtud de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, cuando se trate de un reclamo el interesado deberá informar la dirección de notificación.

Documentación Soporte:

Acreditación de la Calidad de Titular, Autorizado o Causahabiente	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Documentos de Soporte de los hechos	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>
Otros:	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="checkbox"/>

Firma