

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS EN MATERIA DE DATOS PERSONALES

1. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

Campo	Información
Nombres y apellidos completos	_____
Número de cédula / pasaporte	_____
Dirección domiciliaria	_____
Correo electrónico	_____
Número telefónico	_____
Ciudad	_____

2. CALIDAD EN LA QUE ACTÚA

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Titular de los datos personales. | ☐ Apoderado |
| ☐ Representante legal del titular | ☐ Otro: _____ |

En caso de representación, adjuntar documento habilitante correspondiente.

3. DERECHO QUE DESEA EJERCER

Conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales del Ecuador, solicito ejercer el siguiente derecho:

- | | |
|--|--|
| ☐ Acceso | ☐ Suspensión del tratamiento |
| ☐ Rectificación y actualización | ☐ Portabilidad |
| ☐ Eliminación | ☐ No ser objeto de decisiones automatizadas |
| ☐ Oposición | ☐ Otro: _____ |

4. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

Detalle de manera clara y precisa la petición realizada, indicando los datos personales involucrados, el motivo de la solicitud y cualquier información que facilite su atención:

5. DOCUMENTOS DE RESPALDO

Adjunte, de ser necesario:

- ☐ Copia de cédula o documento de identidad
- ☐ Documentos habilitantes de representación
- ☐ Evidencia o sustento de la solicitud
- ☐ Otros: _____



6. MEDIO POR EL CUAL DESEA RECIBIR RESPUESTA

- ☐ Correo electrónico
☐ Retiro físico en oficinas de COACMES Ag. _____
☐ Otro: _____

Dirección o correo para notificación: _____

7. DECLARACIÓN

Declaro que la información proporcionada en la presente solicitud es verídica y corresponde al ejercicio legítimo de mis derechos en materia de protección de datos personales, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales del Ecuador y demás normativa aplicable.

8. FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma _____
Nombres completos _____
C.I. _____
Fecha ____ / ____ / ____

USO EXCLUSIVO DE COACMES

Campo	Información
Fecha de recepción	____ / ____ / ____
Canal de ingreso	_____
Número de trámite	_____
Responsable receptor	_____
Fecha de respuesta	____ / ____ / ____
Estado	☐ Atendido ☐ En proceso ☐ Negado
Observaciones	_____

NOTA INFORMATIVA

La Cooperativa de Ahorro y Crédito Microempresarial Sucre “COACMES”, en calidad de responsable del tratamiento de datos personales, tratará la información proporcionada en este formulario únicamente para gestionar y atender el ejercicio de derechos del titular, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales del Ecuador y demás normativa aplicable.

Los titulares podrán ejercer sus derechos mediante los canales oficiales habilitados por la Cooperativa enviar al correo **protecciondedatos@coacmes.fin.ec**.