

Formulario para Ejercicio de los Derechos De Información, Revocatoria y Derecho Arcop

Fecha de solicitud: _____

DERECHOS QUE SE DESEA EJERCER:

1) Información ___ 2) Revocatoria ___ 3) Acceso ___ 4) Rectificación ___ 5) Cancelación ___ 6) Oposición ___
7) Portabilidad ___

“De conformidad con lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante la firma del presente documento, autoriza a AEROPUERTOS DEL PERÚ S.A., en adelante AEROPUERTOS DEL PERÚ titular del banco de datos, a tratar sus datos personales, exclusivamente para la atención de su derecho de información y de alguno de los derechos ARCO, de ser el caso. Los datos serán almacenados en el banco de datos de Atención de Derechos ARCO cumpliendo con las medidas de seguridad requeridas por la Ley, manteniendo estricta confidencialidad y tendrá una duración indefinida salvo excepciones previstas en el marco legal. Además, debe saber que la revocación de la autorización otorgada o el ejercicio de los demás derechos que la Ley le reconoce podrán realizarse a través de los medios indicados en la página web de la empresa.

DATOS DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

Nombres _____ y _____ Apellidos _____ (paternos _____ y _____ materno):

DNI: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Nota: la presente solicitud deberá ser acompañada de una copia del documento nacional de identidad o carnet de extranjería

DATOS DEL REPRESENTANTE (DE SER EL CASO)

Nombres _____ y _____ Apellidos _____ (paternos _____ y _____ materno):

DNI: _____

Nota: deberá acompañar la solicitud una copia del documento nacional de identidad o documento equivalente, y el título que acredite la representación.

DESCRIPCIÓN DEL DERECHO QUE DESEA EJERCER

Describir de forma clara y precisa el derecho que se desea ejercer sobre los datos personales, así como otros documentos que sustenten la petición de ser el caso. En el caso de revocación del consentimiento deberá indicar si es total o parcial; en caso de ser el segundo tipo, se deberá indicar cuál o cuáles tratamientos son aquéllos con los que el titular no está conforme.

MEDIO PARA DAR RESPUESTA A SU SOLICITUD

- ☐ Correo electrónico
- ☐ Mensajería al Domicilio

Firma del Titular DNI:

**Nombre y Firma del Representante Legal
DNI:**