

**SOLICITUD PARA EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE  
INFORMACIÓN, REVOCATORIA Y DERECHOS “ARCO”**

*Sírvase completar los datos requeridos en el siguiente formulario y enviarlo escaneado a:  
NotificacionesLPDP@unacem.com.pe*

**Fecha de solicitud:** \_\_\_\_\_

DERECHOS QUE SE DESEA EJERCER:

1) Información \_\_\_ 2) Revocatoria \_\_\_ 3) Acceso \_\_\_ 4) Rectificación \_\_\_ 5) Cancelación \_\_\_ 6) Oposición \_\_\_

“De conformidad con lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante la firma del presente documento, el titular de los datos personales autoriza a UNACEM, titular del banco de datos, a realizar la atención de su ejercicio del derecho de información, revocatoria y derechos ARCO, de ser el caso. Los datos completados en el presente formato serán almacenados en el banco de datos \_\_\_\_\_, cumpliendo con las medidas de seguridad requeridos por la Ley, manteniendo estricta confidencialidad y tendrá una duración indefinida salvo excepciones previstas en el marco legal.

DATOS DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

Nombre:

\_\_\_\_\_

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_

Calle o Avenida	No. Exterior	No. Interior	Distrito	Provincia	Departamento
-----------------	--------------	--------------	----------	-----------	--------------

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

LA PRESENTE SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE UNA COPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD O DOCUMENTO EQUIVALENTE.

DATOS DEL REPRESENTANTE (DE SER EL CASO)

Nombre:

\_\_\_\_\_

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

LA PRESENTE SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE UNA CARTA PODER CON FIRMA DEBIDAMENTE LEGALIZADA ANTE NOTARIO PUBLICO QUE ACREDITE TAL PODER Y COPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DEL TITULAR Y SU REPRESENTANTE

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 de Datos Personales  
o representante legal

DNI N° .....