

FORMATO DE SOLICITUD DE DERECHOS ARCO+

LABSER LABORATORIO SER S.A.S

Este formulario permite los usuarios ejercer sus derechos ARCO+

DATOS GENERALES DEL TITULAR

Fecha de solicitud:			
Nombre Completo		Cédula de identidad (CI):	
Correo electrónico:		Teléfono (opcional):	

Coloca una X en la opción que corresponda:			
☐	Trabajador	☐	Cliente / Paciente
☐	Proveedor externo	☐	Otro _____

TIPO DE DERECHO SOLICITADO (marque una opción)

☐	Acceso (Solicito conocer qué datos personales y/o resultados médicos se tratan)
☐	Rectificación (Solicito corregir datos personales incorrectos o desactualizados)
☐	Actualización (Solicito actualizar mis datos personales)
☐	Eliminación (Solicito la eliminación de mis datos, cuando sea legalmente procedente)
☐	Oposición (Me opongo a un tratamiento específico de mis datos)
☐	Portabilidad (Solicito mis datos en formato estructurado y legible)
☐	Limitación del tratamiento (Solicito limitar el uso de mis datos bajo ciertas condiciones)

DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

(Indique de forma breve qué solicita)

DECLARACIÓN

Declaro que la información proporcionada es verdadera y autorizo al laboratorio a verificar mi identidad únicamente para atender esta solicitud.

Firma del titular: _____

Fecha: ____ / ____ / ____