Clínica Ricardo Palma
Grupo quirónsalud

FORMATO DE SOLICITUD DERECHOS ARCO

Fecha:_____/_____/_____

Datos del solicitante:

Sr. / Sra. _____ con DNI:_____

y domicilio en _____

número de contacto _____ y correo electrónico _____

Datos del tercero autorizado: *(Sólo en los casos donde no realiza la solicitud el propio paciente)*

Sr. / Sra. _____ con DNI:_____

y domicilio en _____

número de contacto _____ y correo electrónico _____

Conforme a lo establecido en la **Ley Nº 29733 - Ley de Protección de Datos Personales,** solicito:

Marque con un aspa (x) el o los Derechos ARCO que desea ejercer:

Acceso	[ ]	Oposición	[ ]
Cancelación	[ ]	Rectificación	[ ]
Información	[ ]	Revocación del consentimiento	[ ]

Detallar motivo de la solicitud:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Firma

DA-59-GC&M-19042023

La Clínica Ricardo Palma *garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos de carácter personal facilitado, y así, de conformidad con lo establecido en la* ***Ley 29733- Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento,*** *el usuario queda informado y presta su consentimiento a la incorporación de sus datos a los bancos de datos automatizados y no automatizados, así como al tratamiento de los mismos, para la finalidad del ejercicio de sus derechos.*