

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DERECHO DE ACCESO

Para ejercer su derecho de Acceso, por favor complete este formulario y envíelo por correo electrónico a dpo@idirchile.org

Información del Titular:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Identidad No.: _____ Tipo de Documento: _____

Si usted realiza esta solicitud en representación del titular, por favor complete la siguiente información suya:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Identidad No.: _____ Tipo de Documento: _____

Relación con el Titular: ☐ Representante Legal ☐ Tutor (padre, madre, acudiente, guarda y crianza)

Documentos aportados:

- ☐ Documento de Identidad del Titular (obligatorio)
- ☐ Documento de Identidad del Representante Legal o Tutor (si aplica)
- ☐ Carta de Poder Notariada (si aplica)

Datos de Contacto:

Por favor indíquenos cómo podemos contactarle para enviarle la respuesta a su solicitud y consultar en caso de dudas:

Correo electrónico: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

Otros: _____

Observaciones: _____

Relación del Titular:

Para poder darle una respuesta más rápida, por favor indique la(s) relación(es) que tiene o ha tenido con la organización:

☐ Cliente/Usuario ☐ Colaborador ☐ Proveedor ☐ Donante ☐ Otra _____

Persona(s) en la Organización con la(s) que ha tenido contacto: _____



Fundamentos legales:

Ley sobre Protección de Datos Personales.

Detalles sobre su solicitud:

Por favor detalle a continuación el contexto de su solicitud de Acceso, con el fin de identificar los datos que podrían estar sujeto a tratamiento por nosotros:

Titular

Representante / Tutor

Firma	<hr/>	<hr/>
Fecha	<hr/>	<hr/>

Para uso exclusivo de IDIR Chile:

Fecha y hora de recepción de la solicitud:

 Recibido por:

Número de solicitud:

Fecha y hora de envío de respuesta:

 Enviada por:



FORMULARIO DE SOLICITUD DE DERECHO DE RECTIFICACIÓN

Para ejercer su derecho de Rectificación, por favor complete este formulario y envíelo por correo electrónico a dpo@idirchile.org

Información del Titular:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Identidad No.: _____ Tipo de Documento: _____

Si usted realiza esta solicitud en representación del titular, por favor complete la siguiente información suya:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Identidad No.: _____ Tipo de Documento: _____

Relación con el Titular: ☐ Representante Legal ☐ Tutor (padre, madre, acudiente, guarda y crianza)

Documentos aportados:

- Documento de Identidad del Titular (obligatorio) ☐
- Documento de Identidad del Representante Legal o Tutor (si aplica) ☐
- Carta de Poder Notariada (si aplica) ☐

Datos de Contacto:

Por favor indíquenos cómo podemos contactarle para enviarle la respuesta a su solicitud y consultar en caso de dudas:

Correo electrónico: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

Otros: _____

Observaciones: _____

Relación del Titular:

Para poder darle una respuesta más rápida, por favor indique la(s) relación(es) que tiene o ha tenido con la organización:

☐ Cliente/Usuario ☐ Colaborador ☐ Proveedor ☐ Donante ☐ Otra _____

Persona(s) en la Organización con la(s) que ha tenido contacto: _____



Fundamentos legales:

Ley sobre Protección de Datos Personales.

Detalles sobre su solicitud:

Motivo:

☐

Datos incorrectos

☐

Datos inexactos

☐

Datos incompletos

Dato Actual

Dato Corregido

Documentación de sustento aportada: _____

Titular

Representante / Tutor

Firma _____

Fecha _____

Para uso exclusivo de IDIR Chile:

Fecha y hora de recepción de la solicitud: _____ Recibido por: _____

Número de solicitud: _____

Fecha y hora de envío de respuesta: _____ Enviada por: _____



FORMULARIO DE SOLICITUD DE DERECHO DE CANCELACIÓN

Para ejercer su derecho de Cancelación, por favor complete este formulario y envíelo por correo electrónico a dpo@idirchile.org

Información del Titular:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Identidad No.: _____ Tipo de Documento: _____

Si usted realiza esta solicitud en representación del titular, por favor complete la siguiente información suya:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Identidad No.: _____ Tipo de Documento: _____

Relación con el Titular: ☐ Representante Legal ☐ Tutor (padre, madre, acudiente, guarda y crianza)

Documentos aportados:

- Documento de Identidad del Titular (obligatorio) ☐
- Documento de Identidad del Representante Legal o Tutor (si aplica) ☐
- Carta de Poder Notariada (si aplica) ☐

Datos de Contacto:

Por favor indíquenos cómo podemos contactarle para enviarle la respuesta a su solicitud y consultar en caso de dudas:

Correo electrónico: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

Otros: _____

Observaciones: _____

Relación del Titular:

Para poder darle una respuesta más rápida, por favor indique la(s) relación(es) que tiene o ha tenido con la organización:

☐ Cliente/Usuario ☐ Colaborador ☐ Proveedor ☐ Donante ☐ Otra _____

Persona(s) en la Organización con la(s) que ha tenido contacto: _____



Fundamentos legales:

Ley sobre Protección de Datos Personales.

Detalles sobre su solicitud:

Motivo: ☐ Datos incorrectos ☐ Datos irrelevantes ☐ Datos incompletos ☐ Datos desfasados
☐ Datos falsos ☐ Datos impertinentes ☐ Sin fundamento legal ☐ No autorizados

Por favor detalle a continuación el contexto de su solicitud de Cancelación y los datos que desea cancelar:

Documentación de sustento aportada: _____

	Titular	Representante / Tutor
Firma	_____	_____
Fecha	_____	_____

Para uso exclusivo de IDIR Chile:

Fecha y hora de recepción de la solicitud: _____ Recibido por: _____

Número de solicitud: _____

Fecha y hora de envío de respuesta: _____ Enviada por: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DERECHO DE OPOSICIÓN

Para ejercer su derecho de Oposición, por favor complete este formulario y envíelo por correo electrónico a dpo@idirchile.org

Información del Titular:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Identidad No.: _____ Tipo de Documento: _____

Si usted realiza esta solicitud en representación del titular, por favor complete la siguiente información suya:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Identidad No.: _____ Tipo de Documento: _____

Relación con el Titular: ☐ Representante Legal ☐ Tutor (padre, madre, acudiente, guarda y crianza)

Documentos aportados:

- Documento de Identidad del Titular (obligatorio) ☐
- Documento de Identidad del Representante Legal o Tutor (si aplica) ☐
- Carta de Poder Notariada (si aplica) ☐

Datos de Contacto:

Por favor indíquenos cómo podemos contactarle para enviarle la respuesta a su solicitud y consultar en caso de dudas:

Correo electrónico: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

Otros: _____

Observaciones: _____

Relación del Titular:

Para poder darle una respuesta más rápida, por favor indique la(s) relación(es) que tiene o ha tenido con la organización:

☐ Cliente/Usuario ☐ Colaborador ☐ Proveedor ☐ Donante ☐ Otra _____

Persona(s) en la Organización con la(s) que ha tenido contacto: _____



Fundamentos legales:

Ley sobre Protección de Datos Personales.

Detalles sobre su solicitud:

Motivo:

Por favor detalle a continuación el contexto de su solicitud de Oposición:

Documentación de sustento aportada: _____

Titular

Representante / Tutor

Firma _____

Fecha _____

Para uso exclusivo de IDIR Chile:

Fecha y hora de recepción de la solicitud: _____ Recibido por: _____

Número de solicitud: _____

Fecha y hora de envío de respuesta: _____ Enviada por: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DERECHO DE PORTABILIDAD

Para ejercer su derecho de Portabilidad, por favor complete este formulario y envíelo por correo electrónico a dpo@idirchile.org

Información del Titular:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Identidad No.: _____ Tipo de Documento: _____

Si usted realiza esta solicitud en representación del titular, por favor complete la siguiente información suya:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Identidad No.: _____ Tipo de Documento: _____

Relación con el Titular: ☐ Representante Legal ☐ Tutor (padre, madre, acudiente, guarda y crianza)

Documentos aportados:

- Documento de Identidad del Titular (obligatorio) ☐
- Documento de Identidad del Representante Legal o Tutor (si aplica) ☐
- Carta de Poder Notariada (si aplica) ☐

Datos de Contacto:

Por favor indíquenos cómo podemos contactarle para enviarle la respuesta a su solicitud y consultar en caso de dudas:

Correo electrónico: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

Otros: _____

Observaciones: _____

Relación del Titular:

Para poder darle una respuesta más rápida, por favor indique la(s) relación(es) que tiene o ha tenido con la organización:

☐ Cliente/Usuario ☐ Colaborador ☐ Proveedor ☐ Donante ☐ Otra _____

Persona(s) en la Organización con la(s) que ha tenido contacto: _____

Fundamentos legales:

Ley sobre Protección de Datos Personales.

Detalles sobre su solicitud:

Motivo: _____

Por favor detalle a continuación el contexto de su solicitud de Portabilidad, los datos solicitados y el fundamento en el que se basa su solicitud:

Documentación de sustento aportada: _____

	Titular	Representante / Tutor
Firma	_____	_____
Fecha	_____	_____

Para uso exclusivo de IDIR Chile:

Fecha y hora de recepción de la solicitud: _____ Recibido por: _____

Número de solicitud: _____

Fecha y hora de envío de respuesta: _____ Enviada por: _____