

Fecha:

I. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres					
Apellidos					
N° Documento	DNI		Pasaporte		CE/Otro
Domicilio					
Departamento			Provincia		Distrito
Teléfono		Móvil		Fijo	
Correo electrónico		Correo 1		Correo 2	

En caso que la presente solicitud sea tramitada por un representante, completar adicionalmente la siguiente información

Nombres					
Apellidos					
N° Documento	DNI		Pasaporte		CE/Otro
Domicilio					
Departamento			Provincia		Distrito
Teléfono		Móvil		Fijo	
Correo electrónico		Correo 1		Correo 2	

ADJUNTAR A LA SOLICITUD:

- Carta poder con firma legalizada ante Notario, no mayor a 30 días y/o vigencia de poder inscrita en el registro de mandatos y poderes de los Registros Públicos, no mayor a 3 meses.
- Copia simple y legible del DNI o documento equivalente que acredite la representación.

II. CONTENIDO DE LA SOLICITUD

Marque con un aspa (X) el derecho que desea ejercer

Acceso		Rectificación		Cancelación		Oposición	
--------	--	---------------	--	-------------	--	-----------	--

Complete los datos del evento (Solo aplica para derecho de acceso a información del Banco de Datos VIDEOVIGILANCIA):

Fecha			Ubicación específica:	Sede	
Hora Inicio (*)		Hora Fin (*)		Piso	
				Zona (**)	

(*) Rango de horas para la revisión del sistema (en 24 hrs)

(**) Referencia de área o espacio físico cercano que se desea acceder.

Describa de forma clara y precisa su solicitud:

En el pie de página se coloca una descripción de cada derecho ARCO.

III. NOTIFICACION DE LA RESPUESTA

Doy autorización para que la respuesta a la presente solicitud sea notificada de forma gratuita en los correos electrónicos señalados en el ítem I.

Marque con un aspa (X) solo una opción sobre cómo desea acceder a su información (*Solo para acceso a información del Banco de Datos Videovigilancia*):

<input type="checkbox"/>	Acceso mediante un escrito.
<input type="checkbox"/>	Entrega de las imágenes, vídeos o audios (proporcionar CD en blanco o dispositivo análogo).
<input type="checkbox"/>	Visualización en sitio (se brindará la fecha de visita de acuerdo a la normativa de 20 días).

IV. DOCUMENTOS ADJUNTOS

Marque con un aspa (X) los documentos que está adjuntando a su solicitud:

<input type="checkbox"/>	Fotocopia legalizada del DNI del solicitante
<input type="checkbox"/>	Fotocopia legalizada del DNI del apoderado legal
<input type="checkbox"/>	Carta poder con firma legalizada notarialmente no mayor a 30 días.
<input type="checkbox"/>	Vigencia de poder inscrita en el registro de mandatos y poderes de los registros públicos correspondientes no mayor a 3 meses
<input type="checkbox"/>	Otros (detallar)
<input type="text"/>	

FIRMA

HUELLA DACTILAR

IMPORTANTE

- Acceso:** Le permite tener acceso a información sobre los datos personales; sobre, la forma en que los datos fueron recopilados, las razones que motivaron su recopilación y a solicitud de quién se realizó la recopilación, así como las transferencias realizadas o que se prevén hacer de ellos.
- Rectificación:** Le permite actualizar o completar los datos personales faltantes. No aplica para grabaciones que pertenecen al Banco de Datos VIDEOVIGILANCIA.
- Cancelación:** Le permite solicitar la eliminación de los datos personales cuando hayan dejado de ser necesarios sobre el origen de la recopilación.
- Oposición:** Si en caso, el Titular de datos personales considera que sus datos personales están siendo utilizados para fines distintos al objeto de la recopilación, o si estos fueron obtenidos sin su consentimiento, puede restringir su uso.
Debe tener en cuenta que el ejercicio de **derecho de Acceso** sobre la información del Banco de Datos de Videovigilancia solo podrá ser atendida cuando sea requerida como prueba dentro de un proceso penal, fiscal, civil o disciplinario. Cuando formule su solicitud debe consignar los siguientes datos: fecha, rango de horas, lugar o cualquier otra información que permita facilitar la ubicación de la imagen requerida (incluye una imagen actualizada de sí mismo).
- El ejercicio de los derechos de Cancelación y Oposición para información del Banco de Datos Videovigilancia está sujeto a los artículos 20 y 22 de la Ley N° 29733 y los artículos 67 y 71 del Reglamento. Asimismo, procederá la atención en aquellos supuestos donde sea materialmente posible y responda a criterios fundamentados y motivados.
- CLINICA GO VISION** atenderá su solicitud de rectificación, cancelación y oposición en un plazo de 10 días hábiles, mientras que las solicitudes de acceso serán atendidas en un plazo de 20 días hábiles. En caso de no estar conforme con la respuesta podrá acudir ante la autoridad Nacional de Protección de Datos Personales.
- Instrucciones de entrega**
 - Deberá consignarse en los espacios correspondientes toda la información solicitada.
 - Deberá presentar la Solicitud de Derechos ARCO por los siguientes canales:
Plataforma de Informes de las Sedes de Clínica GO VISION:
Sede Lince: Jr. Emilio Althaus 121, piso 301
Sede Los Olivos: Jr. Manuel Gonzales Prada 558 Urb. Villa Los Ángeles, piso 4

Correo electrónico: govisionlima@gmail.com