



FORMULARIO FRM-DER-003

SOLICITUD DE DERECHO DE ELIMINACIÓN (Art. 15 LOPDP)

Canal: ☐ Correo ☐ Presencial

1. Datos del Titular

Nombres y Apellidos:			
Número de Cédula/Pasaporte:			
Dirección:		Teléfono:	
Relación con COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ROSA LTDA:			

2. Representante Legal (si aplica)

Nombres y Apellidos:			
Número de Cédula/Pasaporte:			
Dirección:		Teléfono:	

3. Motivo de la Solicitud

- ☐ Los datos ya no son necesarios para la finalidad para la que fueron recopilados
☐ Retiro mi consentimiento para el tratamiento
☐ Los datos han sido tratados ilícitamente
☐ Debe cumplirse una obligación legal de supresión

4. Datos que Solicita Eliminar

Descripción de los datos:	
Sistema/Archivo donde se encuentran (si conoce):	
Descripción de los datos o especificaciones de la solicitud:	

5. Medio para Respuesta

- ☐ Correo electrónico: _____ ☐ Retiro Presencial en Oficina.

6. Documentos Adjuntos

- ☐ Copia del anverso de la cédula o del pasaporte del titular (*Si el Titular es menor de Edad, se requiere copia del anverso y reverso de la cédula*)
☐ Poder o autorización del representante (si aplica)
☐ Copia del anverso de la cédula o pasaporte del representante (si aplica)
☐ Otro Documento: _____

Nota: COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ROSA LTDA., podrá denegar la eliminación cuando exista obligación legal de conservación o cuando los datos sean necesarios para el ejercicio o defensa de reclamaciones, expresándolo de manera motivada.

IMPORTANTE:

De conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDP), COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ROSA LTDA., en su calidad de Responsable del tratamiento, atenderá su solicitud en un plazo máximo de quince (15) días. Se le notificará la resolución por el medio que usted indique.

Si no está conforme con la respuesta o por falta de respuesta en plazo, podrá presentar reclamación ante la Superintendencia de Protección de Datos Personales.

Los datos personales proporcionados en el presente formulario serán tratados con la finalidad de gestionar y dar respuesta a la solicitud de ejercicio de derecho, así como para mantener un registro de atención conforme a las obligaciones legales y regulatorias aplicables, incluyendo fines de control interno y eventuales procesos de supervisión por parte de autoridades competentes.

Declaro que la información proporcionada en este formulario es veraz. Entiendo que la Cooperativa verificará mi identidad antes de resolver la solicitud, conforme lo exige la LOPDP.

Firma del Titular/Solicitante	Fecha de la solicitud
-------------------------------------	-----------------------------