

**FORMATO DE SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS
LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

Responsable del Tratamiento:

AXXIS CENTRO MÉDICO S.A.

RUC: 1791411595001

Correo oficial para solicitudes:

 **protecciondedatos@axxis.com.ec**

1. DATOS DEL TITULAR DE LOS DATOS

- **Nombres y apellidos completos:**

-
- **Número de cédula / pasaporte:**

-
- **Teléfono de contacto:**

-
- **Correo electrónico:**

-
- **Dirección (opcional):**
-

2. CALIDAD DEL SOLICITANTE

(Marque con una "X" según corresponda)

☐ Titular de los datos

☐ Representante legal del titular

En caso de actuar como representante, adjuntar documento que acredite la representación.

3. DERECHO QUE DESEA EJERCER

(Marque uno o más)

☐ Acceso

☐ Rectificación

☐ Actualización

☐ Eliminación

- ☐ Oposición
 - ☐ Portabilidad
 - ☐ Suspensión del tratamiento
-

4. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

Indique de forma clara y precisa el requerimiento que realiza, señalando los datos personales involucrados y, de ser posible, el área o actividad relacionada (farmacia, citas médicas, facturación, personal, copropietarios, arriendos, etc.):

5. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

(Marque lo que adjunta)

- ☐ Copia de cédula o documento de identidad
 - ☐ Documento que acredita representación legal (si aplica)
 - ☐ Otros documentos de respaldo (especificar):
-
-

6. MEDIO PREFERIDO PARA RECIBIR RESPUESTA

(Marque una opción)

- ☐ Correo electrónico
 - ☐ Comunicación escrita física
-

7. DECLARACIÓN DEL TITULAR

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es **verdadera, completa y exacta**, y autorizo a **Axxis Centro Médico S.A.** a verificar mi identidad exclusivamente para efectos de atender la presente solicitud, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

8. FIRMA

- **Lugar y fecha:**
-

- **Nombre del solicitante:**

- **Firma:**

9. USO EXCLUSIVO DE AXXIS CENTRO MÉDICO S.A.

- **Fecha de recepción:** _____
- **Número de solicitud:** _____
- **Responsable de recepción:** _____
- **Estado de la solicitud:**
☐ En análisis ☐ Aprobada ☐ Negada ☐ Ejecutada

NOTA LEGAL

Axxis Centro Médico S.A. atenderá la presente solicitud dentro de los **plazos establecidos en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y su Reglamento**, salvo que exista una causa legal debidamente motivada que impida su atención.