

## RECLAMACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Fecha de radicación: DIA \_\_\_\_ MES \_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_

Nombre completo del solicitante:

Tipo de identificación: CC (  ) CE (  ) PASAPORTE (  )

Número de identificación:

Dirección:

Datos personales suministrados a AM COPPIANO SAS que son motivo de reclamación:

Descripción de los hechos que dan lugar al reclamo:

Desea adjuntar documento que sustente la reclamación:

SI  NO

Tipo de operación que desea realizar con sus datos personales:

ACTUALIZACIÓN  CORRECCIÓN  SUPRESIÓN

FIRMA: \_\_\_\_\_

\* Nota: El presente formato para su validez y atención, debe ser firmado y presentado de forma original en AM COPPIANO SAS, quien como Responsable de los datos personales dará el trámite correspondiente al reclamo dentro de los términos definidos por la ley contados a partir del día siguiente a la fecha de su recibo. \*\*Todos los campos deben ser diligenciados. SI EL RECLAMO RESULTA INCOMPLETO, AM COPPIANO SAS, REQUERIRÁ AL INTERESADO DENTRO DE LOS CINCO (5) DIAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN PARA QUE SUBSANE LAS FALLAS. TRANSCURRIDOS DOS (2) MESES DESDE LA FECHA DEL REQUERIMIENTO SIN QUE EL SOLICITANTE PRESENTE LA INFORMACIÓN REQUERIDA, SE ENTENDERÁ QUE HA DESISTIDO DEL RECLAMO.