Medio de notificación:

Escriba la dirección de correo electrónica, física o número de fax:

Correo electrónico

Fax Dirección física

Teléfono de contacto 1:

Presencial

Teléfono de contacto 2:

3. Datos del derecho ejercido

2. Medio para recibir notificaciones



Espacio reservado para UAIP / OIR Fecha de recepción de la solicitud

Referencia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Solicitud de información: datos personales. | | |
| **IMPORTANTE:** puede presentar esta solicitud impresa en la Unidad de Acceso a la Información Pública de esta institución o puede enviarla por correo electrónico siempre que conste su firma o huella. En todo caso debe presentar copia de su documento de identidad o adjuntar copia del mismo. Y en los  casos que corresponda, los documentos que comprueben la calidad con la que actúa. | | |
| 1. Datos del Solicitante |  | Persona jurídica Nombre completo:  Persona natural  Tipo de documento: N° de documento:  Calidad con la que actúa: Presenta documento que En nombre y representación de (del titular del dato):  compruebe dicha calidad:  Apoderado Heredero  Si No  Representante |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Tipo de derecho: a) Acceso b) Rectificación c) Cancelación d) Oposición  **Acceso:** obtener copia de sus datos, conocer la finalidad de su tratamiento, que datos se encuentran sometidos al tratamiento.  **Rectificación:** modifiquen datos erróneos o incompletos, **Cancelación:** eliminación debido a que son inadecuados o excesivos. **Oposición:** que no se lleve a cabo o cese el tratamiento.  Indique cual o cuales de sus datos personales necesita tener acceso o que se realice la rectificación, cancelación y oposición, indicando la documentación que se adjuntara para demostrarlo. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Lugar y fecha:

Firma o huella

**Nota:**

\*Sin perjuicio de la gratuidad en la entrega de la información, las copias simples, certificadas y medios digitales como el CD o DVD, tendrán un costo que deberá ser asumido por el usuario; siempre y cuando los montos estén previamente aprobados por el ente obligado.

\*\* Este medio solo se encuentra disponible cuando el solicitante o quien actué en su nombre o representación, presente su solicitud ante la Unidad de Acceso a la Información Pública de manera presencial, y señale correo electrónico para recibir la información, del cual el solicitante es el único responsabl e.

6. Uso exclusivo del Oficial de Información

5. Información adicional

4. Medio en el que desea recibir la información

|  |  |
| --- | --- |
| Formato electrónico | Formato impreso |
| USB | Copia simple\* |
| CD\* | Copia Certificada\* |
| DVD\* |  |
| Correo electrónico\*\* | Consulta directa |

**Importante:** Esta información es de carácter opcional, pero de suma importancia para fines estadísticos. Si usted acepta brindar estos datos, nuestra institución no los publicará de forma individual bajo ninguna circunstancia, solamente serán divulgados los resultados estadísticos de forma general.

Nacionalidad:

Ocupación: Nivel educativo:

Género: Edad (años):

Departamento:

Municipio:

¿Cómo se enteró de la existencia de la Ley de Acceso a la Información Pública?

a) Prensa

b) Radio

c) Televisión

d) Internet

e) Otro (especifique)

Fecha de presentación:

Firma

Sello

Oficial de Información: **Wendy Landaverde**

Correo electrónico: [oficialdeinformacion@farmaciascefafa.com.sv](mailto:oficialdeinformacion@farmaciascefafa.com.sv)

Teléfonos: 2514-4966

Dirección: Final Boulevard Universitario y Av. Bernal contiguo a Hospital Militar Central, San Salvador