

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 <input type="checkbox"/> | Nombre completo: | <input type="text"/> | |
| Persona natural <input type="checkbox"/> | Tipo de documento: | <input type="text"/> | N° de documento: <input type="text"/> |
| Calidad con la que actúa: | Presenta documento que compruebe dicha calidad: | En nombre y representación de (del titular del dato): | |
| Apoderado <input type="checkbox"/> Heredero <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | |
| Representante <input type="checkbox"/> | | | |

2. Medio para recibir notificaciones

| | |
|---|---|
| Medio de notificación: | Escriba la dirección de correo electrónica, física o número de fax: |
| Correo electrónico <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Fax <input type="checkbox"/> | |
| Dirección física <input type="checkbox"/> | Teléfono de contacto 1: <input type="text"/> |
| Presencial <input type="checkbox"/> | Teléfono de contacto 2: <input type="text"/> |

3. Datos del derecho ejercido

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.

4. Medio en el que desea recibir la información

| Formato electrónico | Formato impreso |
|---|---|
| USB <input type="checkbox"/> | Copia simple* <input type="checkbox"/> |
| CD* <input type="checkbox"/> | Copia Certificada* <input type="checkbox"/> |
| DVD* <input type="checkbox"/> | Consulta directa <input type="checkbox"/> |
| Correo electrónico** <input type="checkbox"/> | |

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 responsable.

5. Información adicional

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.

| | | | | |
|-----------------|--|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Género | <input type="text"/> | Nacionalidad | Salvadoreña <input type="checkbox"/> | Extranjero <input type="checkbox"/> |
| Edad | <input type="text"/> | Profesión u oficio | <input type="text"/> | |
| Departamento | <input type="text"/> | Municipio | <input type="text"/> | |
| Nivel Educativo | Sin escolaridad <input type="checkbox"/> | Educación básica <input type="checkbox"/> | Bachillerato <input type="checkbox"/> | |
| | Técnico <input type="checkbox"/> | Licenciatura <input type="checkbox"/> | Maestría <input type="checkbox"/> | Doctorado <input type="checkbox"/> |

FORMA PARTE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS POBLACIONALES:

No pertenezco a ningún grupo poblacional

LGBTI+Q

Lesbiana Gay Bisexual Transexual Intersexual

Persona no Binarias dentro del género Queer

Afrodescendientes

Otro

Pueblos indígenas

Otro

Indique si posee discapacidad: Física motora Sensorial

Intelectual Motriz Auditiva Visual

Otro

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

Prensa Radio Televisión Internet

Otro

6. Uso exclusivo del Oficial de Información

Oficial de Información:

Correo electrónico:

Teléfonos:

Dirección:

Fecha de presentación

Firma

Sello