

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS

Lugar y fecha:

1. INFORMACIÓN DEL TITULAR.

Nombres y apellidos

Número de cédula de
ciudadanía o pasaporte

Su relación es con:

☐ CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SANTA INES S.A.
(HOSPITAL SANTA INÉS DE CUENCA)

☐ HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE AMBATO HOSJUAMBATO S.A.
(HOSPITAL SANTA INÉS DE AMBATO)

☐ SERVICIOS HOSPITAL SANTA INES SERVICIOSHSI CIA. LTDA.
(HOSPITAL SANTA INÉS DE LOJA)

☒ CLIMESANLAB S.A.
(LABORATORIO)

¿Cuál es su relación con la entidad antes señalada? (Cliente, proveedor, trabajador, otro):

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE QUE SEA APLICABLE).

Nombres y apellidos

Número de cédula
de ciudadanía o
pasaporte

3. DATOS DE CONTACTO.

Dirección de
domicilio o correo
electrónico

4. DESCRIBA LOS DATOS PERSONALES RESPECTO A LOS QUE BUSCA EJERCER ALGÚN DERECHO Y CUALQUIER DOCUMENTO QUE FACILITE SU UBICACIÓN.

5. RELACIÓN DE LO QUE SOLICITA EXPUESTO DE MANERA CLARA Y PRECISA.

6. DERECHO QUE DESEA EJERCER.

Derecho de acceso a la información: Conocer si se están tratando o no sus datos personales, y en el caso de que se esté realizando dicho tratamiento, ser informado sobre los fines del tratamiento, las categorías de datos que son tratados, los destinatarios de los datos, plazo de conservación, entre otros aspectos. Además, podrá solicitar una copia de los datos personales objeto del tratamiento. ☐

Derecho de actualización y rectificación: Solicitar la corrección o actualización de sus datos personales que sean inexactos o incompletos. ☐

Derecho de eliminación: Solicitar la supresión de sus datos personales objeto del tratamiento. ☐

Derecho de oposición: Oponerse al tratamiento de sus datos personales en los casos que no afecten derechos fundamentales, no estén relacionados con información pública o de interés público. ☐

Derecho a la portabilidad: Solicitar recibir sus datos personales en un formato compatible, actualizado, estructurado, común, interoperable y de lectura mecánica, preservando sus características, y/o que se transfieran sus datos personales a otro responsable del tratamiento. ☐

Derecho a la suspensión del tratamiento: Solicitar la suspensión del tratamiento en las siguientes situaciones: (i) impugnación de la exactitud de los datos, (ii) tratamiento ilícito con solicitud de limitación en lugar de supresión, (iii) no haya necesidad de tratamiento de los datos personales por parte de CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SANTA INES S.A., pero sí por usted para reclamos; y, (iv) oposición al tratamiento mientras se verifica la legitimidad de los motivos. ☐

Derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en valoraciones automatizadas: No ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en el tratamiento de sus datos personales, incluida la elaboración de perfiles, que produzca efectos jurídicos sobre usted o le afecte significativamente de forma similar. ☐

7. AUTORIZACIÓN Y FIRMA.

Autorizo a **CLIMESANLAB S.A.**, con número de teléfono 074134700, y correo electrónico hospital@sisantaines.com, en calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales a tratar los datos que se proporcionan en el presente formulario. Comprendo que mis datos personales serán tratados para la gestión de solicitudes, y absolución de consultas respecto a los derechos que requiera ejercer, conforme a la Política General de Privacidad y Protección de Datos Personales de CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SANTA INES S.A., la misma que conozco que está disponible en <https://sisantaines.com/politica-general-de-privacidad-y-proteccion-de-datos-personales-laboratorio/>.

Acepto recibir la respuesta a la presente solicitud en la dirección de contacto proporcionada.

Firma: _____

Nombres y apellidos: _____

C.C./Pasaporte: _____

**Por favor, adjunte los documentos que acrediten su identidad, así como aquellos que considere pertinentes que respalden su solicitud.*

***Si usted no es el titular, debe adjuntar los documentos que acrediten su identidad, así como la autorización expresa del titular para actuar en su nombre.*