

Fecha de Presentación \_\_\_\_\_

N° Solicitud:

**I. MOTIVO DE LA SOLICITUD** (se deberá presentar una copia de la presente solicitud como cargo)

Marque con una "X" la casilla que corresponda al procedimiento que solicita:

Información (8 días hábiles)	<input type="checkbox"/>	Acceso (10 días hábiles)	<input type="checkbox"/>
Oposición (10 días hábiles) *	<input type="checkbox"/>	Cancelación (10 días hábiles) **	<input type="checkbox"/>
Impedimento de Suministro (10 días hábiles)	<input type="checkbox"/>	Rectificación (10 días hábiles)	<input type="checkbox"/>
Revocatoria (5 días hábiles)	<input type="checkbox"/>		

(\*) La oposición al tratamiento de sus datos personales que no sean parte de una relación contractual o servicios académicos contratados entre usted y USIL.

(\*\*) La cancelación no procederá cuando los datos personales deban ser conservados como parte de una relación contractual o para servicios académicos contratados entre usted y USIL.

**II. DATOS DEL SOLICITANTE**

Solicitante	_____	_____	_____
	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
Tipo de Documento	_____	N° de Documento	_____
Domicilio	_____		
Distrito	_____	Provincia	_____
Departamento	_____	Teléfono	_____

Se debe adjuntar copia simple del documento de identidad que identifique al solicitante, así como los documentos sustentatorios necesarios para la aceptación de la solicitud, según sea el caso.

**III. TIPO DE TITULAR DEL DATO PERSONAL** (hacer referencia al vínculo entre usted y USIL)

Cliente	Interesados, Postulantes Alumnos, Padres de Familia, Tutores y Responsables Económicos	Empleados, Profesores, entre otros	Proveedores y Terceros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. CÓMO SE ENTREGARÁ LA RESPUESTA (Marque con una X su elección)**
 Correo Electrónico Personal \_\_\_\_\_

 Respuesta física:

Domicilio \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**V. DETALLE DEL REQUERIMIENTO**

- 1. DERECHO DE OPOSICIÓN** (si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud)  
Especifique en forma clara y precisa la oposición al tratamiento de los datos personales (de ser necesario detallar los fines específicos):

---

---

---

---

- 2. DERECHO DE CANCELACIÓN** (si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud)  
Especifique en forma clara y precisa los datos personales de los que solicita su cancelación:

---

---

---

---

- 3. DERECHO DE RECTIFICACIÓN** (si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud)  
Indique a continuación aquellos datos que desea sean rectificadas:

Dato Incorrecto

---

Dato Correcto

---

**VI. REVOCACIÓN** (Especifique en forma clara el tratamiento a sus datos personales que dese revocar)

Descripción

---

---

USIL resolverá la solicitud de revocatoria en un plazo de 5 días hábiles desde la recepción de la presente solicitud.

Sin perjuicio de ello, la revocación efectuada no afectará el uso que USIL pueda dar a sus datos personales, con la finalidad de ejecutar, desarrollar y/o cumplir su relación contractual o servicio académico contratado.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma de Quien recibe la solicitud

Apellidos y Nombres : ..... 

<b>N° Solicitud:</b>
----------------------

Documento de Identificación : .....

Tipo de Titular de DP : ..... Derecho Solicitado: .....

Recibido por : ..... Fecha (DD/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_