



FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

1. Derecho de Oposición

1.1. Datos del responsable del Tratamiento

Nombre / razón social: FEDERACIÓN COSTARRICENSE DE ENFERMEDADES RARAS

Número de cédula jurídica: 3-002-891615

Dirección exacta de la oficina: Provincia Cartago, cantón Central distrito Guadalupe, 600 m sur de Infesa condominio vistas de esperanza.

Correo electrónico: federacioneroficial@gmail.com

1.2 Datos del afectado o representante legal

Nombre completo:

Cédula de identidad :

Domicilio exacto:

Correo electrónico:

Número de teléfono:

En el caso de que su solicitud sea en condición de representante, indicar nombre y apellidos completos del titular de los datos, así como documento que acredite su representación:

Nombre:

Apellidos:

Representante: __Menor de Edad __Mayor de edad (cédula N°) _____

Por este medio del presente escrito procedo a ejercer el derecho de oposición, de conformidad con lo previsto en la Ley 8968 y su reglamento.

Solicito a FEDERACIÓN COSTARRICENSE DE ENFERMEDADES RARAS que por este medio se me facilite gratuitamente el derecho de acceso en el plazo de 5 días a contar desde la recepción de esta solicitud.

La oposición al tratamiento de mis datos personales es para las siguientes finalidades:

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de 5 días.

En Costa Rica a las [...] del [...] de [...] 2025.

Firma: [...]