



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

1. Derecho de supresión

2.1 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

2.2 Datos del afectado o representante legal

Nombre y apellidos:

Cédula de identidad o documento de identificación:

Profesión:

Estado Civil:

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 supresión, de conformidad con lo previsto en el artículo 7 Ley 8968 y 2 inc. u), 12, 13, 15, 17, 25, 26 de su Reglamento.

Solicito a FEDERACIÓN COSTARRICENSE DE ENFERMEDADES RARAS que por este medio se me facilite gratuitamente el derecho de supresión en el plazo de 5 días a contar desde la recepción de esta solicitud, la supresión de la información que marco con una x:

a) Que se proceda a acordar a suprimir en su totalidad mis datos personales y que se me notifique de forma escrita el resultado de la supresión practicada.

b) Que se proceda a suprimir solo los siguientes datos:

.....
.....

c) Motivos de la solicitud:

d) En caso de que se acuerde que no procede practicar la supresión solicitada, se me comuniqué motivadamente.

e) Asimismo, en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comuniqué esta rectificación a los mismos.

En San José, Costa Rica a las [...] del [...] de [...] 2025.

Firma: [...]