



## LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS BOLIVAR

SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACION, CANCELACION U OPOSICIÓN A DATOS PERSONALES

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Titular:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Documentos de identificación personal:** \_\_\_\_\_

**Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos ARCO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Firma del Titular**