ANEXO 2

Formato de solicitud de derecho de acceso.

1. Nombre y apellidos	
2. Documento de identidad (Marcar con una "X")	DNI () C.E. () N°:
3. Domicilio (Av / Jr / Psje, N°)	
4. Distrito / Provincia / Departamento	
5. Teléfono	

Con objeto de atender la solicitud de acceso a sus datos de carácter personal tratados por el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 – PENSION 65, le solicitamos sus datos identificativos, a fin de poder acreditar su identidad, tal y como establece la normativa vigente en materia de protección de datos personales.

DATOS DEL SOLICITANTE

D./D^a.....mayor de edad, con domicilio en Distrito.....
Provincia.....País....., con Documento de Identidad (DNI / CI)....., por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de acceso, de conformidad de la Ley 29733 y su reglamento a través del DS No. 003-2013-JUS.

SOLICITA

Que de forma gratuita se facilite el acceso a los datos de carácter personal de mi titularidad que se mantengan en los bancos de datos de PENSION 65.

Se acompaña en la hoja anexa, una copia del Documento de Identidad (DNI / CI) a fin de acreditar mi identidad como titular.

Que, si la presente solicitud fuese aceptada, se remita por correo la información solicitada a la dirección arriba indicada.

Que la información remitida comprenda de modo legible e inteligible los datos que sobre mi persona estén incluidos en sus bancos de datos, y los resultantes de cualquier elaboración, proceso o

tratamiento, así como el origen de los datos, los cesionarios y la especificación de los concretos usos y finalidades para los que se almacenaron.

Lima, _____ de _____ de 20_____

Firma del Declarante

ANEXO 3
Formato de solicitud de derecho de rectificación.

6. Nombre y apellidos	
7. Documento de identidad (Marcar con una "X")	DNI (☐) C.E. (☐) N°:
8. Domicilio (Av / Jr / Psje, N°)	
9. Distrito / Provincia / Departamento	
10. Teléfono	

Con objeto de atender la solicitud de rectificación de sus datos de carácter personal tratados por el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 – PENSION 65, le solicitamos sus datos identificativos, a fin de poder acreditar su identidad, tal y como establece la normativa vigente en materia de protección de datos personales, así como los datos que usted desea que rectifiquemos.

DATOS DEL SOLICITANTE

D./D^a.....mayor de edad, con domicilio en Distrito..... Provincia....., País....., con Documento de Identidad (DNI / CI), por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de rectificación, de conformidad de la Ley 29733 y su reglamento a través del DS No. 003-2013-JUS.

SOLICITA

Que se efectúe, de forma gratuita, la corrección de los datos de carácter personal inexactos, relativos a mi persona que se mantengan almacenados en los bancos de datos de PENSION 65

Se acompaña en la hoja anexa, los datos que deben rectificarse además de la copia de los documentos que acreditan, en caso de ser necesario, la veracidad de los nuevos datos. Se acompaña en la hoja anexa, una copia del Documento de Identidad (DNI / CI) a fin de acreditar mi identidad como titular.

Que se remita de forma escrita por correo a la dirección arriba indicada, la rectificación de los datos una vez realizada, o en su caso, si se considera la no pertinencia del ejercicio de este derecho, se remita de forma motivada una comunicación a la misma dirección, a fin de poder interponer la reclamación prevista en la normativa.

Lima, _____ de _____ de 20_____

Firma del Declarante

ANEXO 4

Formato de solicitud de derecho de cancelación.

11. Nombre y apellidos	
12. Documento de identidad (Marcar con una "X")	DNI () C.E. () N°:
13. Domicilio (Av / Jr / Psje, N°)	
14. Distrito / Provincia / Departamento	
15. Teléfono	

Con objeto de atender la solicitud de cancelación a sus datos de carácter personal tratados por el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 – PENSION 65, le solicitamos sus datos identificativos, a fin de poder acreditar su identidad, tal y como establece la normativa vigente en materia de protección de datos personales, así como los datos que usted desea que cancelemos.

DATOS DEL SOLICITANTE

D./D^a.....mayor de edad, con domicilio en Distrito..... Provincia....., País....., con Documento de Identidad (DNI / CI), por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de cancelación, de conformidad de la Ley 29733 y su reglamento a través del DS No. 003-2013-JUS.

SOLICITA

Se proceda a la efectiva cancelación de cualesquiera datos relativos a mi persona se mantengan almacenados en los bancos de datos de PENSION 65, en los términos previstos en la normativa nacional e internacional, de forma gratuita.

Que se remita de forma escrita, a la dirección arriba indicada la admisión de dicha cancelación o en el caso de que no se considere la misma, se proceda a comunicarlo igualmente, de forma motivada y dentro del plazo ya indicado, a fin de poder interponer la reclamación prevista en la normativa.

Lima, _____ de _____ de 20_____

Firma del Declarante

ANEXO 5
Formato de solicitud de derecho de oposición.

16. Nombre y apellidos	
17. Documento de identidad (Marcar con una "X")	DNI (☐) C.E. (☐) N°:
18. Domicilio (Av / Jr / Psje, N°)	
19. Distrito / Provincia / Departamento	
20. Teléfono	

Con objeto de atender la solicitud de oposición de sus datos de carácter personal tratados por el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 – PENSION 65., le solicitamos sus datos identificativos, a fin de poder acreditar su identidad, tal y como establece la normativa vigente en materia de protección de datos personales, así como los tratamientos a los que desea oponerse.

DATOS DEL SOLICITANTE

D./D^a.....mayor de edad, con domicilio en Distrito.....
Provincia....., País....., con Documento de Identidad (DNI / CI), por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de oposición, de conformidad de la Ley 29733 y su reglamento a través del DS No. 003-2013-JUS.

SOLICITA

De forma gratuita, que PENSION 65 proceda a excluir mis datos de carácter personal que mantenga almacenados en los bancos de datos de la institución.

A tal efecto, se acompañan detallados los motivos por los que se procede a efectuar esta solicitud. (en una hoja anexa a la solicitud)

Que se remita de forma escrita, a la dirección arriba indicada la admisión de la oposición o en el caso de que no se considere la misma, se proceda a comunicarlo igualmente, de forma motivada y dentro del plazo ya indicado, a fin de poder interponer la reclamación prevista en la normativa.

Lima, _____ de _____ de 20_____

Firma del Declarante