



Versión	Fecha	Página N°
01	17/04/2023	1 de 1

FORMATO DE PRUEBA DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SISTEMA DE GESTIÓN DE PROTECCION DE DATOS PERSONAL

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Razón social: Cooperativa Riachón
NIT: 890910087-4
Dirección: carrera 21 nro. 20 34 Amalfi, Antioquia.

DATOS DEL TITULAR O SU REPRESENTANTE

Con fundamento en el título V de la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos, _____, mayor de edad, identificado con C.C No. _____, de la que presento copia adjunta, por medio del presente escrito ejerzo el derecho de solicitud de prueba de autorización otorgada al Responsable del Tratamiento de mis datos personales, de acuerdo con el artículo 8 la mencionada Ley, y en consecuencia:

Solicito Que se me notifique por escrito el documento mediante el cual el Responsable del Tratamiento pueda probar que ha obtenido la autorización requerida para el tratamiento de los datos personales, conforme a la Ley.

La presente se suscribe en _____, a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma: _____

Nombres y Apellidos: _____

CC: _____

Dirección Teléfono: _____

Email: _____