



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

**FORMATO DE REVOCATORIA A AUTORIZACIÓN  
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 consulta, y en consecuencia:

Solicito Que se proceda al cese del tratamiento de los datos personales por haberse producido un incumplimiento de los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. Que se notifique por escrito la confirmación del cese del tratamiento de estos datos. Que si los datos objeto de revocación han sido transferidos se notifique previamente a la entidad cesionaria para que, del mismo modo, cese en el tratamiento de dichos datos personales.

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

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**CC:** \_\_\_\_\_

**Dirección Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_