



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 2012 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: _____