

**SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES (DERECHOS ARCO)**

LLENAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE

**1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL TITULAR DEL DATO QUIEN SOLICITA CANCELACIÓN DE DATOS**

--	--	--

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Tipo de doc.  DNI  CE  Pasaporte  Otros -Especificar N° 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indique a continuación el correo electrónico en el cual autoriza el envío de notificaciones vinculadas con la presente solicitud

Correo electrónico:
---------------------

**2. PETICIÓN QUE DA LUGAR A LA SOLICITUD**

Indicar el dato o datos que se requiere cancelar y el motivo que origina la solicitud.

---

---

---

---

---

---

---

---

Es necesario que se complete la información solicitada en el presente formulario, adjuntando una fotocopia del Documento de Identidad del titular del dato. En caso de actuar mediante Representante Legal, se deberá presentar el documento que acredite la representación y la copia del Documento de Identidad de ambos (titular y representante).

Le indicamos que el plazo señalado por el nuevo reglamento DECRETO SUPREMO N° 016-2024-JUS, para atender esta solicitud es de diez (10) días útiles contados desde el día siguiente de presentada la presente solicitud.

Fecha:     /     /

---

Firma del titular / representante  
SOLICITANTE