Montevideo, …........de..........................de ….......

Datos del responsable de la base de datos o del tratamiento

Nombre del responsable:........................................................................................

(Persona Física):........................................................................................................

(Empresa Privada):.....................................................................................................

(Organismo Público): Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes

Dirección: Av. 18 de Julio 2175, 11200, Montevideo

Teléfono: [2400 1444](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=chla-ep)

Correo electrónico: dpto.inmunizaciones@chlaep.org.uy

Datos del solicitante (titular de los datos personales)

Sr/Sr ............................................................................, con domicilio en …...............

............................................................Departamento.........................C.P…………

Teléfono..........................Correo Electrónico….........................................................

Cédula de Identidad Nº. de la que se adjunta fotocopia.

**EJERCE POR ESTE MEDIO EL DERECHO DE ACCESO,** conforme a lo previsto en el artículo 14 de la Ley Nº 18.331 de Protección de Datos Personales y Acción de “Habeas Data” de 11 de agosto de 2008, **SOLICITANDO:**

1. Se me proporcione en forma gratuita toda la información que sobre mi se encuentre en su/s base/s de datos o registro/s, en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles a contar desde la recepción de esta solicitud. Vencido dicho plazo sin que el pedido sea satisfecho o si fuera denegado por razones no justificadas, quedará habilitada la acción de Habeas Data.

La referida información debe ser amplia y suministrada en forma clara, exenta de codificaciones y en su caso acompañada de una explicación, en lenguaje accesible.

1. Se me suministre la información, de acuerdo con los datos arriba indicados a mi correo electrónico.

**………………………………………………**

**Firma del solicitante**