

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](#)
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:**

A) 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.

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

.....
Firma del solicitante