

Formulario 009
SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

Omint

(Completar todos los campos del formulario)

Paciente	N° de socio
----------	-------------

Por medio de la presente informo que _____

no asistió a la prestación de _____ (Ej: Psicología/CET)

con el prestador/institución _____

desde el mes de _____ del corriente año, a causa de _____

Firma	Aclaración	DNI
_____	_____	_____

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 23.326. La DIRECCIN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.