

SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS ARCO
“Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición.”

FOLIO No. _____
FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:

* Nombre (s) *Apellido Paterno *Apellido Materno

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN (EN SU CASO):

*Nombre (s) *Apellido Paterno * Apellido Materno

Calle No. Exterior No. Interior Colonia Delegación o Municipio

Entidad Federativa Teléfono C.P.

*Número de Tag TeleVía _____

***El llenado de los campos marcados serán obligatorios para gestionar la solicitud y poder comunicarle el estatus que guarda la misma.**

AUTORIZA EL SOLICITANTE RECIBIR LAS NOTIFICACIONES DE PROCEDENCIA O IMPROCEDENCIA DE SU SOLICITUD A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS SI ___NO___

Dirección de correo electrónico (en caso de que autorice)

DERECHO QUE DESEA EJERCER

Ejercicio del Derecho de **ACCESO** sobre sus datos de carácter personal. _____
Ejercicio del Derecho de **RECTIFICACIÓN** de los datos de carácter personal. _____
Ejercicio del Derecho de **CANCELACIÓN** de los datos de carácter personal _____
Ejercicio del Derecho de **OPOSICIÓN** de los datos de carácter personal. _____

La descripción de los datos respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados deberá ser clara y precisa. En caso de solicitudes de rectificación de datos personales, el titular deberá indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación que sustente su petición.

ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE UNA DE LAS SIGUIENTES IDENTIFICACIONES (COPIA) DEL TITULAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL.

- a) IFE b) Cartilla Militar c) Pasaporte d) Cédula Profesional e) Forma Migratoria**

Nota: En caso de que el solicitante sea el representante legal, deberá adjuntar identificación de él y del titular de la información, así como poder notarial y/o carta poder