



SOLICITUD DE DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DE DATOS PERSONALES

Fecha: ____ de _____ de 20 ____.

Yo _____, mayor de manifiesto la voluntad de ejercer el Derecho ARCO, con fundamento en lo dispuesto Artículos 22, 23, 28, 29 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares

Datos del solicitante

Nombre(s) : _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Número de Contrato: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Domicilio

Calle: _____ No. Exterior / Interior: _____

Colonia: _____ Alcaldía / Municipio: _____

Código Postal: _____ Estado _____

Datos del Representante Legal (en su caso)

Nombre(s): _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ @ _____

Domicilio

Calle: _____ No. Exterior / Interior: _____

Colonia: _____ Alcaldía / Municipio: _____

Código Postal: _____ Estado _____



Tipo de Derecho que se ejerce

Documentación requerida

Titular:

Copia de identificación oficial del Titular:

INE

Pasaporte

Cartilla Militar

Cédula Profesional

Representante:

Copia de identificación oficial del Representante:

INE

Pasaporte

Cartilla Militar

Cédula Profesional

Tipo de Derecho que se ejerce

Por favor señale con una **X**, que derecho quiere ejercitar:

ACCESO ()

- Respecto a sus datos, ¿A qué quiere acceder? (Deberá enviar copia certificada)

RECTIFICACIÓN ()

- Respecto a sus datos ¿Cuáles quiere rectificar?

¿Qué corrección quiere hacer? Deberá de acompañar la documentación que ampare la procedencia de lo solicitado



CANCELACIÓN ()

- ¿Qué datos quiere que se cancelen?

OPOSICIÓN ()

- En caso de marcar esta opción, sus datos ya no serán tratados para finalidades distintas (En este evento tendrá que explicar las razones por las cuales se está oponiendo).

REVOCACIÓN ()

- En caso de marcar esta opción, se revocará su consentimiento para tratar sus datos personales de conformidad con el Aviso de Privacidad.

Nombre y firma del Titular (y/o en su caso del representante)