SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACION, CANCELACION U OPOSICION DE DATOS PERSONALES

Nota: Los puntos marcados con un asterisco (*) son obligatorios

Esta sección será llenada por la Unidad de Transparencia.
Número de folio:_____ **Fecha y Hora de presentación**:_____ _____:_____horas (día/mes/año)
1.- Nombre de la Autoridad responsable al que se le solicita el ejercicio del derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición de datos personales (*):
2.- Nombre completo del titular de los datos personales al que se refiere la solicitud (*):
3.- Indíquese si los datos corresponden a una persona: (__) menor de edad (__) discapacidad (__) fallecida
4.- Indique cual tipo de derecho desea ejercer (acceso, rectificación, cancelación u oposición) (*):
5- Describa con claridad su solicitud y los datos personales sobre los cuales desea ejercer sus derechos ARCO (nota: **para rectificación** deberá incluir los documentos que avalen la modificación solicitada, **en cancelación** deberá precisar los motivos por el cual solicito el borrado o eliminación de sus datos, en caso de oposición precisar el motivo que lo lleva a solicitar que concluya el tratamiento de datos personales así como el daño que le causa en caso de seguir utilizándose) (*): Si se requiere más hojas, puede solicitarlas a la Unidad de Transparencia.
6.- Si cuenta con alguna otra información que facilite la búsqueda y localización, favor de precisarla:

Nombre y firma del solicitante: Sello de recibido: