

Lugar y fecha: _____ a ____ / ____ / ____

Solicitud para el Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición de Datos Personales

Datos del Titular de los Derechos ARCO

Nombre completo del titular de los Datos Personales _____

Correo electrónico para recibir contestación _____

Si desea recibir la contestación por otro medio favor de especificarlo _____

Información adicional para recibir la contestación, (dirección, teléfono, etc.) _____

Datos del Representante Legal del Titular que ejerce los Derechos ARCO - Deberá presentar la documentación que lo acredite como representante legal del Titular. (*Deberá agregar el documento que acredite la personalidad del Representante Legal)

Nombre completo del Representante Legal _____

Correo electrónico o Teléfonos del Representante Legal para recibir respuesta _____

INDIQUE QUÉ DERECHOS DESEA EJERCER:

☐ **Acceso** a mis datos personales que obran en su poder.

Describir los datos personales sobre los cuales desea ejercer el derecho _____

Correo Información adicional para localizar los datos, por ejemplo: número de póliza, si es o fue cliente, colaborador, candidato, etc. o Teléfonos del Representante Legal para recibir respuesta _____

☐ **Rectificación** de mis datos personales, en caso de que sean incorrectos o incompletos. (En este caso, especificar qué datos deben ser corregidos y cómo deben ser modificados).

¿Qué datos desea modificar? _____

¿Cómo quedaría la modificación? _____

Especificar qué documento anexa para la rectificación. _____

☐ **Cancelación** de mis datos personales, si así lo considero necesario.

Motivos de la cancelación

☐ **Oposición** al tratamiento de mis datos personales para fines específicos, tales como fines mercadotécnicos, publicitarios o cualquier otro propósito que no haya sido previamente autorizado.

Especificar medio, número telefónico, dirección, lo han contactado y requiere ejercer su derecho de oposición.

Otros fines: Especificar a qué fines desea oponerse.

¿Desea agregar información adicional para ejercer cualquiera de sus derechos ARCO?

Nombre y firma del titular de los Datos Personales:

Nombre y firma del representante legal (si aplica):

Con el fin de iniciar un procedimiento de ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición) en nuestra Institución, solicitamos nos envíe el formato y copia de su identificación oficial, lo anterior con el propósito de acreditar su identidad como titular de los datos personales y de los derechos que desea ejercer, únicamente con la finalidad de facilitar la localización de los mismos en nuestros sistemas (es indispensable que dicho formato sea firmado por Usted, de otra manera no podremos darle continuidad al procedimiento). En caso de que desee ejercer su derecho de rectificación, deberá adjuntar copia de documento que avale el cambio del dato que desee realizar, con una vigencia no mayor a tres meses. Si actúa por medio de un Representante Legal, deberá llenar la información del titular, además de incluir también la información del Representante Legal. La Información Proporcionada en la presente solicitud, será utilizada única y exclusivamente para dar respuesta a su solicitud.