

**SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE LOS  
DERECHOS ARCO**  
"ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN"

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TITULAR**

\*Apellido Paterno

\*Apellido Materno

\*Nombre (s)

\_\_\_\_\_  
\*Teléfono de Contacto

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

\*Apellido Paterno

\*Apellido Materno

\*Nombre (s)

\_\_\_\_\_  
\*Teléfono de Contacto

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

FAVOR DE INDICAR LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO DE FORMA LEGIBLE, PARA HACERLE LLEGAR CUALQUIER TIPO DE NOTIFICACIÓN, ASÍ COMO LA RESPUESTA A SU SOLICITUD:

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO CON EL QUE ACREDITA SER EL TITULAR Y/O REPRESENTANTE DE LOS DATOS PERSONALES**

Credencial para votar  Pasaporte  Cédula Profesional  Otro  Especificar \_\_\_\_\_

*Nota: Deberá acompañar a este formato una fotocopia de dicho documento con el único fin de que se acredite que el solicitante es el titular de los datos personales que se solicitan. En caso de que se solicite a través de Representante Legal, anexar Testimonio Notarial o Carta Poder firmada por dos testigos.*

**DERECHO QUE DESEA EJERCER RESPECTO A SUS DATOS PERSONALES**

Acceso <input type="checkbox"/>	Rectificación <input type="checkbox"/>	Cancelación <input type="checkbox"/>	Oposición <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	--------------------------------------	------------------------------------

**ACCESO**

Si desea ejercer su derecho de acceso, favor de indicar los datos a los que desea tener acceso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RECTIFICACIÓN**

Si desea ejercer su derecho de Rectificación, favor de indicar los datos incorrectos que desea rectificar.

Dato incorrecto	
Dato correcto (Adjuntar documental para corroborar dicho dato)	

**CANCELACIÓN**

Si desea ejercer este derecho, dejaremos de tratar tus datos, estos serán bloqueados y posteriormente suprimidos de nuestra base de datos. Favor de especificar los datos que desea cancelar.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Razones por las que desea ejercer el derecho de Cancelación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OPOSICIÓN**

Si desea ejercer este derecho, dejaremos de tratar sus datos. Por favor indique:

a) Los datos personales que desea dejen de ser tratados:

---

---

b) Señalar la finalidad específica, en su caso. (EJEMPLO Publicidad, Encuestas de Satisfacción, Promociones, etc.)

---

---

c) Razones por la que se opone al tratamiento:

---

---

**REVOCAACION DEL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Deseo revocar mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales de acuerdo a las finalidades establecidas en el Aviso de Privacidad.

**INSTRUCCIONES**

Favor de llenar el presente formulario de forma legible y clara, llenando los campos correspondientes.

**REQUERIMIENTO DE INFORMACION ADICIONAL**

Si los datos que nos proporcionó no bastan para localizar la información, son imprecisos o erróneos, podemos requerir información adicional dentro del término de 5 días hábiles contados a partir del día siguiente al que presentó la solicitud, a efecto de que en el término de 10 días hábiles complemente dicha información; de lo contrario su solicitud se tendrá por no presentada.

**TIEMPO DE RESPUESTA**

Conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), nuestro plazo de respuesta será máximo de 20 días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud, o bien, si se requirió información adicional, a partir de que hayamos recibido su respuesta. Si su solicitud resultó procedente, el plazo en que se hará efectiva la determinación, será dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que se comunica la respuesta.

---

Nombre y Firma del Titular y/o Representante Legal

*Declaro bajo protesta de decir verdad que todos los datos asentados en el presente formato son ciertos, incluyendo los que acreditan la identidad del titular.*