

SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS ARCO

DATOS PARA IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR

Nombre:			
Calle y Numero:		Ext.	Int.
Colonia:			
Delegación / Municipio:		Estado:	
C.P.		Telefono:	
		Correo Electrónico:	

Tipo de Identificación

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Credencial IMSS | <input type="checkbox"/> Credencial IFE | <input type="checkbox"/> Cartilla SMN | <input type="checkbox"/> Pasaporte Vigente |
| <input type="checkbox"/> Cédula Profesional | <input type="checkbox"/> Documento Migratorio | | |

DATOS DE IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:	
---------	--

Documentos que acrediten su Representación Legal:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Instrumento Público, o |
| <input type="checkbox"/> | Carta Poder Firmada por dos Testigos, o |
| <input type="checkbox"/> | Declaración en comparecencia personal del titular |

Tipo de Identificación

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Credencial IMSS | <input type="checkbox"/> Credencial IFE | <input type="checkbox"/> Cartilla SMN | <input type="checkbox"/> Pasaporte Vigente |
| <input type="checkbox"/> Cédula Profesional | <input type="checkbox"/> Documento Migratorio | | |

Usted desea recibir respuesta a través de:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Correo Electrónico | <input type="checkbox"/> Presentandose en nuestras instalaciones |
|---|--|

En caso de que usted desee recibir copias de la información recaba deberá cubrir los gastos de envío, reproducción y, en su caso, certificación de documentos. En caso que usted reitere su solicitud en un periodo menor a doce meses, los costos no serán mayores a tres días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal, a menos que existan modificaciones sustanciales al aviso de privacidad que motiven nuevas consultas.

Usted es, o fué: _____ (Paciente, Empleado, Proveedor, otro)

Usted desea ejercer su derecho de:

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

Para cualquier ejercicio de sus derechos ARCO debe anexar copia de una identificación oficial la cual no debe presentar tachaduras o enmendaduras, en caso que usted sea el representante legal anexar carta poder o cualquier otro de los documentos antes mencionados; en caso de hacer uso de su derecho de "rectificación" favor de anexar los documentos que amparen su procedencia.

Por favor indique con una descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados.

Por ejemplo: Usted puede describir Datos Familiares(Nombres de hijos, esposa, padres)

