

## SOLICITUD PARA LA REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

### 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.

<b>Usted es, o fué:</b>	_____ (Paciente, Empleado, Proveedor, otro)
-------------------------	---

### Usted desea revocar el consentimiento a las siguientes finalidades:

Lugar y Fecha de Recepción de solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Si usted considera que se le ha negado el ejercicio de cualquiera de sus derechos ARCO, o no se le ha entregado la información personal solicitada, o que sus datos personales han sido lesionados por alguna conducta de nuestros empleados; usted puede iniciar el procedimiento de protección de derechos ante el IFAIPD; para mayor información visite el sitio en internet [http:// www.ifai.org.mx](http://www.ifai.org.mx)