



SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE ACCESO,  
RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN Y PORTABILIDAD DE DATOS

No. Folio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

I. NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Para el caso de quien ejerza los derechos ARCOP en su calidad de Representante legal, marque una de las siguientes opciones:		
Menor de edad sujeto a patria potestad o tutela _____	Contrato de Mandato _____	De cujus _____

NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE

DOMICILIO O CUALQUIER OTRO MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES

En caso de seleccionar esta opción como medio para recibir notificaciones llene los siguientes campos:

Calle	Número Exterio / Número Interior	Colonia
Localidad	Municipio	Estado
C.P.	Teléfono	Estrados del IAIP Tlaxcala

Correo Electrónico

\* Por favor indique su dirección de correo electrónico con claridad y letra legible

II. DOCUMENTOS PARA ACREDITAR LA IDENTIDAD DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES O SU REPRESENTANTE LEGAL

Credencial para votar \_\_\_\_\_ Pasaporte vigente \_\_\_\_\_ Cédula Profesional \_\_\_\_\_ Resol. de nombramiento de albacea \_\_\_\_\_  
Licencia de manejo \_\_\_\_\_ Cartilla del Servicio Militar \_\_\_\_\_ Carta Poder \_\_\_\_\_ Poder Notarial \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

\* Deberá anexar original y copia simple para el cotejo

III. NOMBRE DEL SUJETO OBLIGADO AL QUE DIRIGE LA SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (ÁREA RESPONSABLE)

IV. DESCRIBA DE MANERA CLARA Y PRECISA LOS DATOS PERSONALES A LOS CUALES QUIERE EJERCER LOS DERECHOS DE  
RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN Y PORTABILIDAD

\* Este requisito no aplica para el caso del ejercicio del derecho de "acceso"

V. DESCRIBA EL DERECHO QUE DESEA EJERCER

Acceso \_\_\_\_\_ Rectificación \_\_\_\_\_ Cancelación \_\_\_\_\_ Oposición \_\_\_\_\_ Portabilidad \_\_\_\_\_

MODALIDAD EN QUE DESEA SE OTORQUE EL TRATAMIENTO A SUS DATOS PERSONALES

Consulta Directa \_\_\_\_\_ Copias simples \_\_\_\_\_ Copias certificadas con costo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

\* Para el caso de copias simples a partir de más de 20 hojas tendrán costo (Art. 48 LPDPPSOET)

VI. ESPECIFIQUE CUALQUIER OTRO ELEMENTO QUE FACILITE LA LOCALIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES:

\* Información de llenado opcional que será utilizada únicamente para fines estadísticos

Sexo: H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Ocupación: Académico \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_ Servidor Público \_\_\_\_\_ Empresario \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Obrero \_\_\_\_\_ Artesano \_\_\_\_\_ Labores del Hogar \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Nivel de Estudios: Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Preparatoria \_\_\_\_\_ Licenciatura \_\_\_\_\_ Maestría \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Edad: Menor de 18 años \_\_\_\_\_ De 18 a 35 años \_\_\_\_\_ De 36 a 50 años \_\_\_\_\_ De 51 a 65 años \_\_\_\_\_ Más de 66 años \_\_\_\_\_

Medio por el cual se enteró de la posibilidad para ejercer los derechos ARCO:

Prensa \_\_\_\_\_ Radio \_\_\_\_\_ Televisión \_\_\_\_\_ Cartel o poster \_\_\_\_\_ Internet \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

Sello de Recibido