

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

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 ARCO lo haga 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 _____
Licencia de manejo _____	Cartilla del Servicio Militar _____	Carta Poder _____
Otro _____	Resolución de nombramiento de albacea _____	Poder Notarial _____
* 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,		
.....		
.....		
* Este requisito no aplica para el caso del ejercicio del derecho de "acceso"		
V. DESCRIBA EL DERECHO QUE DESEA EJERCER		
Acceso _____	Rectificación _____	Cancelación _____
		Oposición _____
MODALIDAD QUE DESEA QUE 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 _____
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		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Sello de Recibido
O.P.D. SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA		
Morelos No. 5, Col. Centro, Tlaxcala, Tlax. C.P. 90000	Tel. 46 50 468	fred-jt@hotmail.com