

SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACION, CANCELACION, OPOSICION Y PORTABILIDAD 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 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