

PROTECCION DE DATOS PERSONALES

FORMULARIO PARA EJERCICIO DE DERECHOS ARCO Y REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO.

El presente formulario deberá ser contestado únicamente por el titular de los datos personales, o en su caso por su representante legal.

Es indispensable que nos proporcione toda la información que se encuentra presente en este formulario, con la finalidad de que se pueda verificar su identidad y se pueda atender de manera pronta su solicitud.

INFORMACION DEL TITULAR:

Apellido Paterno: _____
Apellido Materno: _____
Nombre (s): _____
Calle: _____
Numero exterior: _____ numero interior: _____
Delegación o Municipio: _____
Entidad federativa: _____ Código postal: _____
Numero celular (10 dígitos) _____
Numero particular (lada): _____
Fecha de nacimiento: _____ RFC: _____

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Apellido Paterno: _____
Apellido Materno: _____
Nombre (s): _____
Calle: _____
Numero exterior: _____ numero interior: _____
Delegación o Municipio: _____
Entidad federativa: _____ Código postal: _____
Numero celular (10 dígitos) _____
Numero particular (lada): _____

Nota: favor de anexar la documentación que acredite dicha representación del titular.

TIPO DE DERECHO QUE DESEA EJERCER (marque con "X" la opción deseada)

Acceso Cancelación Rectificación Oposición Revocación

Favor de proporcionarnos un correo electrónico para poderle notificar la respuesta a su solicitud de Derechos ARCO y/o revocación del consentimiento:
