

SOLICITUD DE DERECHOS ARCO

(Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición)

FOLIO No. _____

FECHA DE SOLICITUD: _____

La presente solicitud está diseñada para atender en tiempo, forma y fondo el ejercicio de sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (Derechos ARCO) previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante "LFPDPPP"). Le recordamos que los derechos ARCO sólo pueden ser ejercidos por el titular, o su representante legal, previa acreditación de su identidad, razón por la cual es necesario acompañar la presente solicitud con una identificación oficial. Asimismo, le informamos que para que su solicitud proceda es indispensable completar toda la información solicitada en la presente, la cual será utilizada para acreditar su identidad, tal y como se señala en los artículos 32, 34 y 35 de la LFPDPPP.

DATOS DEL TITULAR (SOLICITANTE)

Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
Calle: _____ N° Exterior: _____ N°. Interior: _____
Colonia: _____ C.P. _____ Delegación o Municipio: _____
Entidad Federativa: _____
RFC: _____
Correo electrónico (donde se le comunicará respuesta de la presente): _____
Teléfono: _____

Marque la casilla correspondiente a la copia electrónica de Identificación Oficial vigente que acompaña la solicitud:

- Credencial para votar (IFE/INE).
- Pasaporte vigente expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores
- Cartilla del Servicio Militar Nacional, expedida por la Secretaría de Defensa Nacional.
- Cédula profesional expedida por la Secretaría de Educación Pública.
- Documento migratorio que constate la legal estancia del extranjero al país

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE APLICAR)

Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

* En caso de ser representante legal del titular deberá acompañar a la presente solicitud, con documentación que acredite su identificación (IFE, pasaporte vigente, cédula profesional, documento migratorio), o en su caso, carta poder firmada ante dos testigos

DERECHOS QUE DESEA EJERCER

A continuación, marque en la casilla correspondiente, qué derecho(s) desea ejercer y, en su caso, haga algún comentario que considere puede agilizar el ejercicio de su derecho(s)

- Derecho de ACCESO.** Usted nos solicita información sobre sus datos de carácter personal que podamos poseer
- Derecho de RECTIFICACIÓN.** Usted nos solicita la corrección de los datos de carácter personal que son erróneos u obsoletos
- Derecho de CANCELACIÓN.** Usted nos solicita la cancelación de los datos de carácter personal que son erróneos, obsoletos o excesivos.
- Derecho de OPOSICIÓN.** Usted nos comunica su oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal

Aclaración de la acción Solicitada:

La descripción de la solicitud deberá ser clara y concisa.

Para solicitudes de rectificación de datos personales, deberá indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación que acredite esta información.

(Si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud)

AVISO: Es posible que le solicitemos otros documentos que acredite las correcciones a los datos que desee acceder, rectificar y/o cancelar o aquellos a los que desee oponerse, Los datos recogidos serán utilizados para la gestión, trámite y seguimiento de esta solicitud por el Responsable de Privacidad asignado por ACP del Sureste para el cumplimiento de los derechos ARCO establecidos en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

De conformidad a la LFPDPP, recibirá respuesta a su solicitud en un plazo máximo de 20 días hábiles contados desde la fecha en que se recibió la solicitud completa, y si esta resulta procedente, se hará efectiva dentro de los 15 días hábiles siguientes a que se comunique la respuesta, cualquier cambio en el presente formato, puede consultarse en nuestra página www.acpdelsureste.com.

Nombre y Firma del Titular o Representante Legal