



**SOLICITUD DE
ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN
DE DATOS PERSONALES**

Fecha de recepción: _____

Folio: _____

IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR			
NOMBRE COMPLETO: _____			
CALLE Y NÚMERO: _____		COLONIA: _____	
DELEGACIÓN/MUNICIPIO: _____		ESTADO: _____	C.P.: _____
TELÉFONO: _____	CORREO ELECTRÓNICO: _____		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: INE () PASAPORTE () CÉDULA PROFESIONAL () OTRA () _____			

Anexar a esta solicitud la documentación que acredita al Titular (Identificación Oficial vigente).

APODERADO LEGAL (A elección del Titular)	
NOMBRE COMPLETO: _____	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: INE () PASAPORTE () CÉDULA PROFESIONAL () OTRA () _____	

Anexar a esta solicitud la documentación que acredita al Apoderado Legal del Titular (Carta Poder e Identificación Oficial vigente).

TIPO DE TITULAR (Marcar con una X una opción)		
CANDIDATO	EMPLEADO	EXEMPLEADO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIPO DE SOLICITUD (Marcar con una X una opción)			
ACCESO	RECTIFICACIÓN	CANCELACIÓN	OPOSICIÓN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDIO DE CONTACTO PARA RESOLUCIÓN (Marcar con una X una opción)	
POR ESCRITO ()	POR CORREO ELECTRÓNICO ()
Indicar Domicilio o Correo Electrónico para recibir notificaciones: _____	

DESCRIBA CLARAMENTE LOS DATOS SOBRE DE LOS CUALES EJERCERÁ SUS DERECHOS "ARCO"

CUALQUIER OTRO ELEMENTO O DOCUMENTO QUE FACILITE LA LOCALIZACIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Deseo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de conformidad con los Capítulos III y IV, de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Nombre y Firma del Solicitante: _____

TIPO DE DOCUMENTO

ORIGINAL

COPIA

RECIBÍ A MI ENTERA SATISFACCIÓN LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

- A) Curriculum Vitae
- B) Identificación Oficial
- C) Comprobante de Domicilio
- D) Cartas de Recomendación
- E) Constancia Laboral
- F) Acta de Nacimiento
- G) CURP
- H) RFC
- I) Comprobante de Estudios
- J) Certificado Médico
- K) Número de Seguridad Social
- L) Semanas Cotizadas IMSS
- M) Reporte de Buró de Crédito

N) Otros

Especifique

--

NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO

FECHA DE RECIBIDO
