

## SOLICITUD DE DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DE DATOS PERSONALES

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_, mayor de manifiesto la voluntad de ejercer el Derecho ARCO, con fundamento en lo dispuesto Artículos 22, 23, 28, 29 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares

### Datos del solicitante

Nombre(s) : \_\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Número de Contrato: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### Domicilio

Calle: \_\_\_\_\_ No. Exterior / Interior: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Alcaldía / Municipio: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

### Datos del Representante Legal (en su caso)

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### Domicilio

Calle: \_\_\_\_\_ No. Exterior / Interior: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Alcaldía / Municipio: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Tipo de Derecho que se ejerce**

**Documentación requerida**

**Titular:**

Copia de identificación oficial del Titular:

INE

Pasaporte

Cartilla Militar

Cédula Profesional

**Representante:**

Copia de identificación oficial del Representante:

INE

Pasaporte

Cartilla Militar

Cédula Profesional

**Tipo de Derecho que se ejerce**

Por favor señale con una **X**, que derecho quiere ejercitar:

**ACCESO ( )**

- Respecto a sus datos, ¿A qué quiere acceder? (Deberá enviar copia certificada)

\_\_\_\_\_

**RECTIFICACIÓN ( )**

- Respecto a sus datos ¿Cuáles quiere rectificar?

\_\_\_\_\_

¿Qué corrección quiere hacer? Deberá de acompañar la documentación que ampare la procedencia de lo solicitado

**CANCELACIÓN ( )**

- ¿Qué datos quiere que se cancelen?

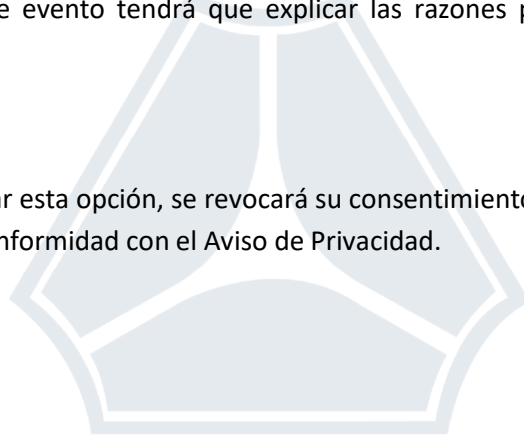
---

**OPOSICIÓN ( )**

- En caso de marcar esta opción, sus datos ya no serán tratados para finalidades distintas (En este evento tendrá que explicar las razones por las cuales se está oponiendo).

**REVOCACIÓN ( )**

- En caso de marcar esta opción, se revocará su consentimiento para tratar sus datos personales de conformidad con el Aviso de Privacidad.



---

Nombre y firma del Titular (y/o en su caso del representante)

**SITRAK**  
METROPOLITANOS