|  |  |
| --- | --- |
| **N. de Folio:** |  |

\*Este folio deberá ser asignado por quien recibe la solicitud

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDETIFICACIÓN DEL TITULAR** | | |
| **Nombre:** | | |
| **Calle y Número:** | | **Colonia:** |
| **Delegación/Municipio:** | | **Estado:** |
| **C.P** | **Teléfono:** | **Correo electrónico:** |
| **Tipo de identificación: (Anexar)**  **Credencial IFE Pasaporte Cédula profesional Carta Militar Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

|  |
| --- |
| **REPRESENTANTE LEGAL** |
| **Nombre:** |
| **Domicilio:** |
| **Documento que acredita la Representación: Copia de poder** |
| **Tipo de identificación: (Anexar)**  **Credencial IFE Pasaporte Cédula profesional Carta Militar Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **ACCIÓN A REALIZAR** |
| Acceso Rectificación Cancelación Oposición |

|  |
| --- |
| Descripción del tipo de solicitud que desea realizar: incluir acceso a qué datos, descripción de cambio a realizar en los datos (Favor de anexar a la solicitud la documentación que avala el cambio solicitado), datos a cancelar u oposición sobre el manejo de los datos. |
|  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha de recepción de la solicitud: |  |

Firma del Solicitante