



Tipo de solicitud

Solicitud de ejercicio de derechos ARCO

Acceso: _____ Rectificación: _____ Cancelación: _____ Oposición: _____

Datos personales del solicitante (Titular)

Nombre(s): _____
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____
Número de empleado: _____
Tipo de identificación oficial vigente: _____ Núm. de documentos: _____

Datos personales del solicitante (Titular)

Calle: _____ Núm. Ext: _____ Num. Int: _____
Colonia: _____ Entre calle: _____ Y _____
Entidad Federativa: _____ Delegación o Municipio: _____

Datos del representante legal

Nombre(s): _____
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____
Tipo de identificación oficial vigente: _____ Núm. de documentos: _____

Datos del representante legal

Correo electrónico: _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Teléfono celular: _____

Selecciona campo a ejercer derecho *

Nombre: _____	Código Postal: _____
Apellido paterno: _____	Ciudad: _____
Apellido materno: _____	Estado: _____
Calle: _____	País: _____
No. exterior: _____	Teléfono particular: _____
No. interior: _____	Teléfono celular: _____
Colonia: _____	Teléfono oficina: _____
Delegación o Municipio: _____	Correo electrónico: _____

Descripción específica de la solicitud

Fecha de la solicitud y firma del solicitante

Fecha de la solicitud: _____ Nombre y firma del solicitante: _____