



**SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS “ARCO”.  
(ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN)**

1.- Nombre del titular: \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre completo)

2.- Fecha aproximada en la que estima nos proporcionó sus Datos Personales:  
\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(día) (mes) (año)

3.- Área de Médica de la Ciudad, a la que proporcionó sus Datos Personales.

4.- Derecho ARCO que desea ejercer:  
(Marque con una X la opción deseada)

<input type="checkbox"/>	Acceso
<input type="checkbox"/>	Rectificación
<input type="checkbox"/>	Cancelación
<input type="checkbox"/>	Oposición

5.- Describa de forma clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados. (Señalar el número de Anexo a este formato en caso de ser necesario)

---

---

---

---

---

6.- Si desea Rectificar sus datos, favor de proporcionar la información correcta a continuación:  
(Señalar el número de Anexo a este formato en caso de ser necesario).

7.- Lugar al que desea se le notifique la respuesta correspondiente:



---

---

---

---

---

---

(Marque con una X la opción deseada)

(Los costos de envío y/o reproducción corren a cargo del Titular de los Datos Personales.)

	Oficinas donde presentó esta solicitud en horarios de atención al cliente.
	Al siguiente domicilio:
	Otro:

8.- Documentos con los que acredita su personalidad:

(Marque con una X la opción deseada)

	IFE
	Pasaporte
	Cartilla liberada
	Cédula Profesional
	Carta Poder*
*En caso de seleccionar esta opción además, deberá seleccionar alguna de las otras opciones.	



9.- Favor de proporcionar cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.

---

---

---

---

---

Atentamente.

---

(Firma del Titular o su representante legal)