

SOLICITUD DE DERECHOS ARCO

ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN, NEGATIVA Y REVOCACIÓN

DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de Insumos y Servicios de Salud y Asistencia S. de R. L. de C.V. con domicilio Calle 101 # 544 Entre 136 y 138, C.P. 97306, Fracc. Los Héroes, Mérida, Yucatán. La presente solicitud está diseñada para atender en tiempo, forma y fondo el ejercicio de sus derechos ARCO previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante "LFPDPPP"), y su Reglamento. Le recordamos que los derechos ARCO sólo pueden ser ejercidos por el titular o su representante legal previa acreditación de su identidad, razón por la cual a la presente solicitud debe acompañarse copia simple o electrónica legible de su identificación oficial vigente (por ambos lados). Asimismo, le informamos que para que su solicitud proceda es indispensable completar toda la información solicitada, la cual es necesaria para acreditar su identidad, tal y como se señala en los artículos 32, 34 y 35 de la LFPDPPP, así como 89 de su Reglamento.

DATOS DEL TITULAR

Nombre(s): _____ Apellidos: _____

Domicilio en (calle): _____ N° Ext: _____ N° Int: _____

Alcaldía o Municipio: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Correo electrónico para contacto: _____

Documentación que debe acompañar a su solicitud mediante copia electrónica legible (escaneada) de identificación oficial vigente (Marque con una "X"):

Credencial de elector con fotografía N°

Pasaporte N°

Cartilla de Servicio Militar N°

Cédula Profesional N°

Credencial de afiliación IMSS N°

Credencial de afiliación ISSTE N°

Documento migratorio que constate la legal estancia del extranjero al país N°

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (SÓLO SI APLICA)

Nombre(s): _____ Apellidos: _____

* En caso de ser representante legal del titular, deberá acompañar a la presente solicitud: copia electrónica legible (escaneada) del instrumento público correspondiente, o en su caso, carta poder firmada ante dos testigos (marcar la casilla correspondiente).

Instrumento Público Notaría N°: _____ N° de Instrumento: _____

DERECHOS ARCO: Tipo de solicitud: (Marque con una "X" el o los derechos que desea ejercer)

Acceso Rectificación Cancelación Oposición Negativa Revocación

En el siguiente espacio deberá indicar sobre qué Datos Personales pretende ejercer los derechos arriba mencionados; así como cualquier otro elemento o información que facilite la localización de los mismos.

Los datos personales que proporciona en la presente solicitud serán tratados por Insumos y Servicios de Salud y Asistencia S. de R. L. de C.V. con domicilio Calle 101 # 544 Entre 136 y 138, C.P. 97306, Fracc Los Héroes, Mérida, Yucatán, para realizar todas las actividades necesarias para atender su ejercicio de Derechos ARCO. En el caso de ejercer la cancelación de sus datos, se realizará el bloqueo y posterior eliminación de dicha información conforme a las disposiciones legales correspondientes.