

Solicitud de Derechos ARCO

Protección de Datos Personales

Fecha de recepción: _____

Folio: _____

I. Datos del Solicitante o de su Representante

Solicitante (Titular): _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Representante (en su caso): _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Deberá anexarse a la solicitud documentos que acrediten la identidad del titular, y/o en su caso, también la del representante legal (INE, Pasaporte vigente, Carta Poder, IFE)

II. Tipo de Solicitud. Seleccione el tipo de solicitud a realizar con los datos personales:

- Acceso** (acceder a sus datos personales)
- Rectificación** (rectificar los datos cuando sean inexactos o incompletos)
- Cancelación** (supresión de datos, previo período de bloqueo de los mismos)
- Oposición** (oponerse -total o parcialmente- al tratamiento de algún(os) dato(s) personal(es))

Aclaración de la acción Solicitada:

(Si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud).

III. Notificación de respuesta. Seleccione el medio a través del cual se le proporcionará respuesta a su requerimiento:

- Vía correo electrónico: _____ Personal en nuestras oficinas

IV. A fin de facilitar la localización de la información, favor de especificar el tipo de relación que ha tenido con COSAMED:

- Cliente (período): _____
- Empleado (período): _____
- Otro (especifique): _____

De conformidad a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, recibirá respuesta a su solicitud en un plazo máximo de 20 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud, de proceder, se hará efectiva dentro de los 15 días hábiles siguientes a que procedió.

Firma del Titular o del Representante Legal: _____