

Formulario Único para el Ejercicio de Derechos ARCO, Revocación del Consentimiento y/o Limitación del Uso o Divulgación de Datos Personales

Este formulario deberá ser llenado por el titular de los datos personales o su representante legal. La información solicitada se requiere para verificar su identidad para poder atender su solicitud.

Información del Titular

- Apellido Paterno: _____
- Apellido Materno: _____
- Nombre(s): _____
- Número de Celular (10 dígitos): _____

Información del Representante Legal

- Apellido Paterno: _____
- Apellido Materno: _____
- Nombre(s): _____

Favor de acompañar el instrumento público o la carta poder firmada ante dos testigos que acredite la representación del titular.

Correo Electrónico para notificar la respuesta a la solicitud: _____

Copia electrónica de la identificación oficial vigente que acompaña a la solicitud:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Credencial de elector | <input type="checkbox"/> Licencia de manejo tipo A, B o C (expedida en la república mexicana, no se aceptan licencias extranjeras) |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte | |
| <input type="checkbox"/> FM2, FM3 (documento migratorio vigente) | |

Tipo de Solicitud (seleccione la opción deseada):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acceso | <input type="checkbox"/> Oposición |
| <input type="checkbox"/> Cancelación | <input type="checkbox"/> Revocación |
| <input type="checkbox"/> Rectificación | <input type="checkbox"/> Limitación de uso o divulgación de datos personales |

Descripción de los datos personales respecto de los que se busca ejercer los derechos:

Los datos personales que nos proporciona a través de este formulario tienen como único objetivo el verificar la identidad del titular o de su representante legal y resguardar la seguridad de los mismos.

El formato completado y la documentación acompañante se deben enviar a hola@doctorben.mx para su procesamiento.