



Formato de solicitud de
derechos ARCO

FOLIO

Para uso exclusivo de AMD

DATOS DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

Nombre completo del titular:

Nombre completo del titular:		
Apellido Paterno*	Apellido Materno*	Nombre(s)*
____/____/____	- -	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	R.F.C.*	CURP*

DATOS DE CONTACTO:

Domicilio*:

Correo electrónico*: _____ Teléfono: _____

Documento de identidad del titular

Por favor de seleccionar el documento que presenta para acreditar su identidad como titular de los datos y anexar una copia a esta solicitud*

Credencial para Votar <input type="checkbox"/>	Cartilla de Servicio Militar <input type="checkbox"/>	Otro
Pasaporte Vigente <input type="checkbox"/>	Cedula Profesional <input type="checkbox"/>	: _____

(*) Datos a proporcionar de manera obligatoria para dar trámite a la solicitud

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Nombre completo del representante legal.

Nombre completo del representante legal.		
Apellido Paterno*	Apellido Materno*	Nombre(s)*

Documentos de acreditación de la representación:

Por favor de seleccionar el documento que presenta para acreditar su identidad como titular de los datos y anexar una copia a esta solicitud*

Credencial para Votar <input type="checkbox"/>	Cartilla de Servicio Militar <input type="checkbox"/>	Otro: _____
Pasaporte Vigente <input type="checkbox"/>	Cedula Profesional <input type="checkbox"/>	_____

(*) Datos a proporcionar de manera obligatoria para dar trámite a la solicitud

Lugar o medios para recibir notificaciones:

Correo Electrónico: <input type="checkbox"/>	Acudir al domicilio de AMD <input type="checkbox"/>	Domicilio <input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------------

OBJETIVO DE LA SOLICITUD

Favor de seleccionar cual es el propósito de esta solicitud:

ACCESO <input type="checkbox"/>	RECTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	CANCELACIÓN <input type="checkbox"/>	OPOSICIÓN <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	--------------------------------------	------------------------------------

Descripción de la solicitud a realizar

Favor de describir de forma clara y precisa los datos sobre los cuales quieren ejercer los derechos ARCO. En caso de solicitar la rectificación de sus datos personales, favor de escribir las modificaciones que desee realizar y anexar la documentación de soporte que sustente la petición. Si el espacio es insuficiente, pueda anexar hojas a esta solicitud.

Propósito de recolección de datos

Favor de llenar el propósito con el cual AMD recabo sus datos, el área al que se los proporcionó y cualquier otra información que facilite la localización de los datos personales.

Modalidad preferente de la entrega de los Datos Solicitados:

<input type="checkbox"/> Consulta Directa	<input type="checkbox"/> Copia Certificada	<input type="checkbox"/> Copia Simple	<input type="checkbox"/> Reproducción en cualquier otro medio:
---	--	---------------------------------------	--

Hago constar que he leído atentamente toda la información referente a esta solicitud y manifiesto que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender y que estoy debidamente autorizado para firmar esta solicitud.

FIRMA DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES O DEL REPRESENTANTE LEGAL.

Para uso exclusivo de AMD

Nombre del representante de Unidad de Transparencia	fecha de recepción: _____
Acreditación de identidad del titular y, en su caso, del representante legal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

FIRMA