



SOLICITUD PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN

No. Folio _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR

Nombre:		
Calle y número:	Ext.	Int.
Colonia:		
Municipio:	Estado:	
C.P.	Teléfono:	Correo electrónico:
Identificación:		
<input type="checkbox"/> Credencial IMSS	<input type="checkbox"/> Credencial INE	<input type="checkbox"/> Cartilla SMN
<input type="checkbox"/> Cédula Profesional	<input type="checkbox"/> Documento Migratorio	<input type="checkbox"/> Pasaporte Vigente

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:		
Documentos que acrediten la representación legal:		
<input type="checkbox"/> Instrumento público		
<input type="checkbox"/> Carta poder firmada por dos testigos		
<input type="checkbox"/> Declaración en comparecencia personal del titular		
Identificación:		
<input type="checkbox"/> Credencial IMSS	<input type="checkbox"/> Credencia IFE	<input type="checkbox"/> Cartilla SMN
<input type="checkbox"/> Cédula Profesional	<input type="checkbox"/> Documento Migratorio	<input type="checkbox"/> Pasaporte Vigente

Usted desea recibir respuesta a través de:				
<input type="checkbox"/> Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Presentándose en nuestras instalaciones		
Relación con el responsable:	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Prospecto	<input type="checkbox"/> Ex Alumno	<input type="checkbox"/> Empleado
	<input type="checkbox"/> Aspirante a empleado	<input type="checkbox"/> Ex empleado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Proveedor

Para cualquier limitación debe anexar copia de una identificación oficial vigente, la cual no debe presentar tachaduras o enmendaduras; en caso que usted sea el representante legal debe anexar carta poder o cualquier otro de los documentos antes mencionados.

Por favor indique con una descripción clara y precisa los datos personales y finalidad o finalidades respecto a los que se busca limitar su uso o divulgación así como revocar su consentimiento.

Deseo revocar mi consentimiento de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares

Lugar y fecha de recepción de solicitud:	
Hermosillo, Sonora; a _____ día(s) del mes de _____ del año 20_____	

Firma del Solicitante	

Si usted considera que se ha negado el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, no se le ha entregado la información personal solicitada o que sus datos personales han sido lesionados por alguna conducta de nuestros empleados, usted puede iniciar el procedimiento de protección de derechos ante el IFAI; para mayor información visite el sitio de internet <http://www.ifai.mx>

