



Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California
Unidad de Transparencia

SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES

Datos de registro	
Fecha de solicitud:	Hora:
No. de folio de solicitud*:	

*Este espacio será llenado por la Unidad de Transparencia

Nombre del Sujeto Obligado o Unidad Administrativa responsable al que solicita el ejercicio del derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO)*

* Los puntos marcados con asterisco son obligatorios

Nombre del solicitante o datos del representante*:			
Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Deberá acreditarse la identidad del Titular y, en su caso, del representante, previo al ejercicio del derecho. Asimismo, para el caso del representante, además, deberá acreditarse su personalidad. (Ver "Información general").			
Documento oficial con el que acredita la identidad y personalidad el solicitante y/o su representante legal (anexar copia simple).			
<input type="checkbox"/> Credencial de Elector (INE)	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir	<input type="checkbox"/> Cédula profesional	<input type="checkbox"/> Pasaporte mexicano
<input type="checkbox"/> Instrumento público, o carta poder simple firmada ante dos testigos, o declaración en comparecencia personal del Titular.			
Datos para recibir notificaciones* :			
Calle/Avenida			
Número exterior	Número Interior	Colonia	Delegación/ Municipio
Código Postal	Estado	País	Teléfono(s) particular/celular
Correo(s) electrónico(s):			
En su caso, indique con una "X" si los datos son de una persona:			
<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> En estado de interdicción o incapacidad	<input type="checkbox"/> Fallecida
Si seleccionó algunas de las opciones anteriores, véase "Información general", para los requisitos aplicables a cada caso.			
Indique el derecho que desea ejercer (puede ser uno o más)*:			
<input type="checkbox"/> Acceso	<input type="checkbox"/> Rectificación	<input type="checkbox"/> Cancelación	<input type="checkbox"/> Oposición
Ver "Información general" para descripción de cada derecho.			
Indique la modalidad de entrega de información (marque con una "X" la opción deseada) :			
Gratuitas		Con costo	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico- Sin costo (con capacidad limite de 25MB)		<input type="checkbox"/> Copia simple – (mayor a 20 hojas)	
<input type="checkbox"/> Copia simple – (menor a 20 hojas)		<input type="checkbox"/> Copia certificada – (mayor a 20 hojas)	
<input type="checkbox"/> Disco compacto/USB (siempre y cuando sea proporcionado por el solicitante)			
<input type="checkbox"/> Consulta directa en la Unidad de Transparencia			
<input type="checkbox"/> Plataforma Nacional de Transparencia – (capacidad limite de 20MB)			
<input type="checkbox"/> Copia certificada – (menor a 20 hojas)			



Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California
Unidad de Transparencia

SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES

Describa con claridad su solicitud y los datos personales respecto de los cuales requiere el ejercicio del derecho ARCO (en el caso de una solicitud de acceso, no será indispensable especificar los datos personales. Para las solicitudes de rectificación, se sugiere incluir los documentos que avalen la modificación solicitada. Para el ejercicio de cancelación, deberá señalar las causas que lo motivan a solicitar el borrado o eliminación de los datos personales. Para el ejercicio del derecho de oposición, deberá señalar la situación que lo lleva a solicitar que concluya el tratamiento (uso) de los datos, así como el daño que le causaría que se continuara con el mismo, o bien, deberá indicar las finalidades específicas respecto de las cuales solicita que se concluya el tratamiento):*

[Empty space for describing the request and personal data]

Información opcional para fines estadísticos (opcional):

Sexo: Femenino Masculino Grupo de edad: 18-25 26-35 36-45 46-60 Mayor de 60

Ocupación: Hogar Estudiante Profesionista Empleado Académico Otro

Sector: Público Privado Académico Medios de comunicación Particular

Forma parte de un pueblo indígena: _____ Nacionalidad: _____

¿Es la primera vez que realiza el ejercicio de derechos ARCO? Si No

Plazos de respuesta:	
En caso de no ser competente	03 días hábiles
Requerimiento de información adicional a la solicitud (prevención)	05 días hábiles
Plazo para hacer efectivo el derecho en caso de que resulte procedente	15 días hábiles
Respuesta a su solicitud	20 días hábiles
Respuesta a la solicitud en caso de ampliación	30 días hábiles
Para realizar el pago de costos de reproducción, certificación y/o envío de información	03 días hábiles

Información General	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Llenar con letra de molde legible. <input type="checkbox"/> Si requiere apoyo en el llenado de la presente solicitud, la Unidad de Transparencia lo auxiliará. <input type="checkbox"/> En caso de ser un representante legal, realizar la solicitud anexando Poder Notarial o Carta Poder Simple con firma autógrafa del Titular y de 2 Testigos; así como adjuntar los documentos que acrediten la identidad del representante legal (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional) original y en fotocopia. <input type="checkbox"/> La identidad de los menores de edad se podrá acreditar mediante su acta de nacimiento, Clave Única de Registro de Población, credenciales expedidas por instituciones educativas o instituciones de seguridad social, pasaporte, o cualquier otro documento oficial utilizado para tal fin. <input type="checkbox"/> La identidad de personas en estado de interdicción o incapacidad declarada por ley se podrá acreditar mediante su acta de nacimiento, Clave Única de Registro de Población, pasaporte o cualquier otro documento o identificación oficial expedida para tal fin. <input type="checkbox"/> Tratándose de datos personas concernientes a personas fallecidas se requiere: Acta de defunción, Documento(s) que acrediten el interés jurídico de quien pretende ejercer el derecho, y Documento de identificación oficial de quien solicita el ejercicio del derecho. <input type="checkbox"/> En el caso de una Solicitud de Acceso, el Titular deberá señalar la modalidad en la que prefiere que sus datos personales se reproduzcan. El responsable deberá atender la solicitud en la modalidad requerida por el titular, salvo que exista una imposibilidad física o jurídica que lo limite a reproducir los datos personales en dicha modalidad, en este caso deberá ofrecer otras modalidades de entrega de los datos personales fundando y motivando dicha actuación. <input type="checkbox"/> En caso de ejercer su derecho de Rectificación cuando se requiere la corrección de los datos personales por ser inexactos, incompletos o no estar actualizados. <input type="checkbox"/> En caso de ejercer su derecho de Cancelación, deberá señalar las causas que lo motiven a solicitar la supresión de sus datos personales en los archivos, registros o bases de datos del IPEBC. <input type="checkbox"/> En caso de ejercer su derecho de Oposición, deberá manifestar las causas legítimas o la situación específica que lo llevan a solicitar el cese en el tratamiento, así como el daño o perjuicio que le causaría la persistencia del tratamiento, o en su caso, las finalidades específicas respecto de las cuales requiere ejercer este derecho. <input type="checkbox"/> Si no recibe una respuesta a su solicitud o está inconforme con la información entregada puede interponer un recurso de revisión ante el Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Baja California (ITAIPBC) ubicado en Avenida Carpinteros y Calle H, #1598, Colonia Industrial, C.P. 21010, Mexicali, B.C., Teléfono: (686) 558-6220, correo electrónico: transparencia@itaipbc.org.mx. <input type="checkbox"/> Así mismo, para cualquier duda o aclaración sobre el ejercicio de sus derechos ARCO, la Unidad de Transparencia del IPEBC, se encuentra a su disposición en: Calle Onceava #1753, Col. Mexicali, CP. 21396, Mexicali, B.C., Teléfono directo (686) 842-7082, correo electrónico: transparencia@ipebc.gob.mx, Horario de atención de Lunes a viernes de 8:00 a 15:00 hrs. 	

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS ARCO



En cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Baja California, el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC), en su calidad de Sujeto Obligado informa que es el responsable del tratamiento de los Datos Personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad con lo dispuesto en los citados ordenamientos y demás que resulten aplicables. Los datos personales que proporcione a través del correo electrónico: transparencia@ipebc.gob.mx, mediante escrito libre o a través del formato de ejercicio de los derechos ARCO del IPEBC; serán utilizados exclusivamente para dar atención a su solicitud de ejercicio de derechos ARCO que presente ante la Unidad de Transparencia del IPEBC, como responsable del tratamiento de los datos personales, así como para fines estadísticos. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociada con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo, sin embargo, nos serán de utilidad para mejorar nuestro servicio e implementar las medidas que resulten pertinentes para impulsar el ejercicio del derecho de protección de datos personales. Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados. Para mayor detalle, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en la página oficial: www.ipebc.gob.mx/datospersonales/avisodeprivacidad.

Sello de recepción y nombre completo de la persona que recibe