



SOLICITUD PARA EJERCICIO DE DERECHOS ARCO-P
(Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y Portabilidad)

INFORMACIÓN PARA LLENADO DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA

Folio:	_____	Fecha de presentación de solicitud:	_____/_____/_____
Ciudad:	☐ Mexicali ☐ San Felipe ☐ Tijuana ☐ Tecate ☐ Playas de Rosarito ☐ Ensenada ☐ Otro: _____	Hora:	_____
		Unidad receptora: (ej. Oficinas Centrales)	_____

***Es importante que usted conozca las finalidades para las cuales recabamos sus datos personales, por favor, lea el AVISO DE PRIVACIDAD que se encuentra anexo a la presente solicitud.**

☐ He leído el AVISO DE PRIVACIDAD y otorgo el consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme al mismo.

DATOS DEL SOLICITANTE

Carácter bajo el cual presenta la solicitud:

- ☐ Titular
- ☐ Representante
En términos de lo dispuesto en los artículos 22 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Baja California

Nombre completo del titular de los Derechos ARCO-P:

En caso de ser representante, nombre completo:

Documentos oficiales que acreditan la identidad del titular

(ej. Credencial para votar)

En caso de ser representante, documentos que acrediten su personalidad e identidad.

(ej. Instrumento público y credencial para votar del representante)

Tipo de derecho que se desea ejercer:

- ☐ Acceso
- ☐ Rectificación
- ☐ Cancelación
- ☐ Oposición
- ☐ Portabilidad



SOLICITUD PARA EJERCICIO DE DERECHOS ARCO-P
(Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y Portabilidad)

SOLICITUD PARA EL EJERCICIOS DE DERECHOS ARCO-P

Detalle de la solicitud

Favor de describir con claridad los datos personales respecto de los cuales busca ejercer su(s) derecho(s) ARCO-P. Si requiere mayor espacio, solicite otra hoja y anéxela.

Datos que faciliten la búsqueda y eventual localización de la información (opcional)

Conocer datos específicos agilizan su búsqueda.

Favor de indicar si los datos corresponden a una persona:

☐

Titular

☐

Menor de edad

☐

Persona en estado de interdicción o incapacidad

☐

Persona fallecida

Documentos adjuntos a la solicitud:

(Favor de especificar, ej. Copia simple de la identificación del titular e instrumento público, etc.)

Solicitud para exentar pago por reproducción y/o envío por circunstancias socioeconómicas:

En caso de no poder cubrir los gastos de reproducción y/o envío, indique las razones para que sean valoradas por la Unidad de Transparencia.



SOLICITUD PARA EJERCICIO DE DERECHOS ARCO-P
(Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y Portabilidad)

Seleccione medio para recibir notificaciones*, a través de:

☐

La oficina de la Unidad de Transparencia del ISSSTECALI. A efecto de poder localizarlo para agilizar su trámite, o en el supuesto de requerir más información de la proporcionada, favor de indicarnos un *número telefónico o correo electrónico*.

☐

A través de correo electrónico (favor de indicarlo):

☐

Envío a Domicilio (sujeto a costos de envío. Favor de indicar la dirección):

*En caso de no seleccionar algún medio o que no sea posible notificarlo por el seleccionado, se le notificará por estrados de la Unidad de Transparencia.

ACCESIBILIDAD

***¿Habla alguna lengua indígena y desea la información en la misma? Favor de llenar los siguientes espacios:**

Nombre de la lengua indígena o la localidad donde se habla:

Entidad, municipio o localidad:

***Si tiene alguna discapacidad y solicita la información en un formato accesible, favor de elegir alguna de las siguientes opciones:**

☐

Braile

☐

Versión en audio de la información

☐

Macrotipo (letra más grande)

☐

Otro (especificar):

Última actualización: 19/Abril/2024