



INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

Formato de Solicitud Derechos ARCO



Fecha: _____

Folio: _____

Datos del Solicitante o de su Representante: (Deberá anexarse a la solicitud documentos que acrediten la identidad del titular, y/o en su caso, también del representante legal INE, pasaporte mexicano, cartilla militar; credencial escolar o acta de nacimiento en caso de ser menor de edad)

Solicitante (titular):

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre

Representante (en su caso):

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Lada y Número

Domicilio: _____

Calle Número interior/externo Colonia

Tipo de Solicitud a Realizar:

- Acceso** (acceder a sus datos personales)
- Rectificación** (rectificar los datos cuando sean inexactos o incompletos)
- Cancelación** (suspensión de datos)
- Oposición** (oponerse total o parcialmente al tratamiento de algún(os) Datos personales)

Descripción de la Información Solicitada: (Con el fin de brindar un mejor servicio, además de describir la información que solicitas, te sugerimos proporcionar todos los datos que consideres para facilitar la búsqueda de dicha información. (si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud).

Nombre y firma de quien recibe (sello)

Firma del Titular o Representante Legal

ACUSE DE RECIBIDO

Folio: _____ Fecha y hora: _____

Tipo de solicitud: _____

Nombre y firma de quien recibe (sello)

Firma del Titular o Representante Legal

Mensaje de Privacidad: La información proporcionada sobre datos personales del solicitante será utilizada exclusivamente para este trámite y se podrá compartir entre las áreas que atienden dicho trámite. En caso de ejercer su derecho de acceso, rectificación u oposición de datos personales (ARCO), podrá hacerlo ante la Unidad de Transparencia del Sujeto Obligado que corresponda, por medio de esta solicitud en términos de Ley.