



Grupo GP

Solicitud de Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición

Fecha:

Número de Control:

Nombre del Titular:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Dirección del Titular:

Calle

No. Exterior

No. Interior

Teléfono (s)

Colonia

Ciudad

Delegación

Entidad

E-mail

CP. o Apart. Postal

Información sobre el area donde proporcionó sus datos personales:

Oficina

Página de Internet

Correo Electrónico

Dirección

Ciudad

Estado

Derecho que desea ejercer: (Marcar con una X)

Acceso

Rectificación

Cancelación

Oposición

Donde desea que le sea entregada la respuesta: (Marcar con una X)

Domicilio:

E-Mail

En el área en donde entregó sus datos:

Otro (Indicar)

Descripción clara de su solicitud:

Motivo de la solicitud:

En caso de Rectificación, indicar lo siguiente:

El dato personal dice:

El dato personal debe decir:

Documentos que entrega para acreditar la rectificación

En caso de Cancelación, indicar lo siguiente:

El dato o datos personales que desea cancelar:

Firma

* El Titular deberá de acreditar su identidad a través de la presentación de copia de su identificación oficial y original para su cotejo para ejercer los derechos ARCO o en su defecto los documentos que acrediten la personalidad de su representante legal.