

**SOLICITUD DE EJERCICIO de DERECHOS ARCO**  
**RESPONSABLE: TECNOFEN S.A. DE C.V.**

No. Consecutivo:

**DATOS DEL TITULAR (SOLICITANTE)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**Medio de contacto para Resolución (marcar con X)**

<input type="checkbox"/>	<b>Correo electrónico</b>	Proporcione la dirección de correo electrónico para recepción de la resolución:	
<input type="checkbox"/>	<b>Correo certificado (con costo adicional)</b>	Indique la dirección postal para recepción de la resolución:	
<input type="checkbox"/>	<b>Presencial en oficina de privacidad</b>	Concertar cita (previa llamada telefónica) con el Oficial de Privacidad en sus oficinas. Horario: L a V de 9 a 18 hrs.	<b>Oficina de Privacidad:</b> Independencia 1458, Col. San Antonio Abad, C.P. 52100. San Mateo Atenco, Edo Mex. Tel. (722) 199 20 73

*Anexar a esta solicitud la documentación que acredita al titular (IFE, pasaporte vigente, cédula profesional, documento migratorio)*

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE APLICAR)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

*Anexar a esta solicitud la documentación que acredita al titular (IFE, pasaporte vigente, cédula profesional, documento migratorio) y carta poder .*

**TIPO DE SOLICITUD (Marcar con X)**

<input type="checkbox"/>	Acceso
<input type="checkbox"/>	Rectificación
<input type="checkbox"/>	Cancelación*
<input type="checkbox"/>	Oposición*

\*Implican Revocación del Consentimiento.

**TIPO DE TITULAR (SOLICITANTE) / (Marcar con X)**

<input type="checkbox"/>	Cliente / prospecto de cliente
<input type="checkbox"/>	Proveedor/Visitante
<input type="checkbox"/>	Empleado/Candidato a Empleado
<input type="checkbox"/>	Ex empleado
<input type="checkbox"/>	Otro, indique: _____

**DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE SOLICITUD**

*Describe el tipo de solicitud que desea realizar: Especificar acceso a qué datos, descripción de cambios a realizar en los datos (favor de anexar a la solicitud la documentación que avala el cambio solicitado), datos a cancelar u oposición sobre el manejo de datos:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Deseo ejercer mis derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición de conformidad con los capítulos III y IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

Lugar y fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del titular (solicitante)

**Sólo para uso interno del Responsable (Tecnofen S.A. de C.V.):**

Fecha en que se contactará al Titular para dar respuesta a la solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre de la base de datos aplicable: \_\_\_\_\_

Nombre del Tercero con el que se comparten los datos (sólo en caso aplicable): \_\_\_\_\_