



Instituto Nacional de Astrofísica, Óptica y Electrónica



Solicitud de Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO)

Fecha:	DD/MM/AA	No. de Archivo:	
Nombre del Titular			
Apellido Paterno:		Apellido Materno:	Nombre(s):
Dirección del Titular			
Calle:		No. Exterior:	No. Interior:
Colonia:		Ciudad:	Delegación:
Entidad:		C.P.:	Email:
Derecho que desea ejercer: (Marcar con una X)			
Acceso	<input type="checkbox"/>	Rectificación	<input type="checkbox"/>
		Cancelación	<input type="checkbox"/>
			Oposición
			<input type="checkbox"/>
Donde desea que le sea entregada la respuesta: (Marcar con un a X)			
Email:		En el área donde entregó sus datos:	Otro (indique):
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:			
<small>*El Titular deberá acreditar su identidad a través de la presentación de copia de su identificación oficial y original para su cotejo para obtener los derechos ARCO o en su defecto los documentos que acrediten la personalidad de su representante legal</small>			Firma