



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
				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:	<input type="checkbox"/>	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:				
<p><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></p>				Firma