

FORMULARIO PARA EJERCICIO DE LOS DERECHOS A.R.C.O.

MA. ISABEL VÁZQUEZ

En cumplimiento con lo previsto por la Ley **Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares** publicada en el Diario Oficial de la Federación, así como su **Reglamento** y en los **Lineamientos** correspondientes (en su conjunto y en lo sucesivo la **Ley**), la C. **MARÍA ISABEL VÁZQUEZ CASILLAS**, filiales, subsidiarias y demás empresas operadas y/o administradas por él mismo (en lo sucesivo **MA. ISABEL VÁZQUEZ**), con domicilio en: Calle Shakespeare 182 Interior 313, Colonia Nueva Anzures, c.p. 11590, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México. México; extiende y hace de su conocimiento para los fines legales a que haya lugar, éste formulario para el ejercicio de los **Derechos A.R.C.O.**

I. DATOS DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

Nombre completo:	
Teléfono fijo:	Teléfono celular:
Correo electrónico:	
Dirección:	

II. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN SU CASO)

Nombre completo:	
Teléfono fijo:	Teléfono celular:
Correo electrónico:	
Dirección:	

III. MEDIO POR EL QUE SOLICITA LE SEA NOTIFICADA LA RESPUESTA

--

IV. SELECCIONE EL TIPO DE DERECHO QUE DESEA EJERCER (UNO POR SOLICITUD)

<input type="checkbox"/>	ACCESO	<input type="checkbox"/>	RECTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/>	CANCELACIÓN	<input type="checkbox"/>	OPOSICIÓN
--------------------------	---------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------

ACCESO Especifique cuales son los datos a los que desea acceder:	RECTIFICACIÓN Especifique cuales son los datos que desea rectificar:
CANCELACIÓN Señale cuales son los datos que desea sean cancelados y eliminados de nuestras bases de datos:	OPOSICIÓN Conforme al derecho que me confiere la Ley , es mi deseo oponerme a que se utilicen mis datos para:
_____ Nombre y firma del titular de los datos personales que solicita el ejercicio de sus Derechos A.R.C.O.	_____ Nombre y firma del representante legal del titular que solicita el ejercicio de sus Derechos A.R.C.O.

Para la atención y respuesta respecto a solicitudes de ejercicio de **Derechos A.R.C.O.**, usted podrá contactar a el encargado de los datos personales y la privacidad, dentro del horario de 10:00 a 18:00 horas de lunes a viernes vía telefónica en el teléfono: **(55) 29 66 – 78 78**, o por correo electrónico en la siguiente dirección: isabel.vazquez@grupojiva.com.mx

FORMULARIO PARA EJERCICIO DE LOS DERECHOS A.R.C.O.

MA. ISABEL VÁZQUEZ

Instrucciones para el correcto llenado de la Solicitud.

- I. La solicitud deberá ser firmada por el titular de los datos personales, o por su representante legal, proporcionando los datos correspondientes. En la modalidad presencial, deberá mostrar identificación oficial.
- II. Deberá seleccionar un solo tipo de **Derecho A.R.C.O.** a ejercer, por cada solicitud.
- III. El formulario puede llenarse a computadora o con letra de molde.
- IV. Usted podrá presentar físicamente éste formulario debidamente cumplimentado, firmadas todas las hojas, y adjuntando la documentación requerida según el tipo de derecho que se desee ejercer, directamente con el encargado de los datos personales la C. **MARÍA ISABEL VÁZQUEZ CASILLAS** o en el área de atención y respuesta respecto a solicitudes de ejercicio de **Derechos A.R.C.O.**, en el domicilio ubicado en: Calle Shakespeare 182 Interior 313, Colonia Nueva Anzures, c.p. 11590, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México. México, en horario de atención de 10:00 a 14:00 horas de lunes a viernes; o bien, usted también podrá enviarlos digitalizados al correo: isabel.vazquez@grupojiva.com.mx
- V. Si actúa a través de representación legal deberán aportarse documentos de identificación del representante legal y documento que acredite la representación del interesado (instrumento público, carta poder ante dos testigos), o bien, mediante declaración en comparecencia personal del titular.
- VI. Con el envío del presente formulario, usted otorga su consentimiento y se da por informado de que los datos que voluntariamente facilite a través del mismo serán incorporados al archivo de Solicitudes de Ejercicio de Derechos A.R.C.O., cuyo responsable es **MA. ISABEL VÁZQUEZ**.
- VII. La entrega de los datos personales es **GRATUITA**, debiendo cubrir el titular únicamente los gastos justificados del envío físico o el costo de reproducción en copias u otros formatos.

ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA CON COPIA DE UNA DE LAS SIGUIENTES IDENTIFICACIONES OFICIALES DEL TITULAR, O DEL REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO:

- Credencial del Instituto Federal Electoral.
- Pasaporte.
- Cartilla del Servicio Militar Nacional.
- Cédula Profesional.
- Cartilla de Identidad Postal (expedida por SEPOMEX).
- Certificado o Constancia de Estudios.
- Constancia de Residencia.
- Credencial de Afiliación del IMSS.
- Credencial de Afiliación al ISSSTE.
- Firma Electrónica Avanzada o el instrumento electrónico que la sustituya.

MA. ISABEL VÁZQUEZ, dará respuesta a esta solicitud en un plazo máximo de 20 días hábiles a partir de la recepción de la misma, siempre y cuando se encuentre debidamente requisitada; en caso de que la información que nos proporcione, no sea suficiente para localizar los datos personales que nos solicita, o sea imprecisa o errónea, se le requerirá que en un término máximo de 5 días hábiles la complemente o aclare.

En caso de que su petición resulte procedente, la respuesta se hará efectiva dentro de los 15 días siguientes en términos del Artículo 32 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. Así mismo se hace de su conocimiento que los plazos antes referidos podrían ampliarse una sola vez, siempre y cuando así lo justifiquen las circunstancias del caso.

Con la firma del presente formulario, el titular o en su caso el representante de éste, otorgan su consentimiento para la recepción y tratamiento de sus datos y/o documentos proporcionados en éste documento, los cuales tendrán como finalidad exclusiva, la gestión adecuada del ejercicio de los Derechos A.R.C.O.

USO EXCLUSIVO DE MA. ISABEL VÁZQUEZ	
Folio de la Solicitud	
Fecha de Recepción	

Para la atención y respuesta respecto a solicitudes de ejercicio de **Derechos A.R.C.O.**, usted podrá contactar a el encargado de los datos personales y la privacidad, dentro del horario de 10:00 a 18:00 horas de lunes a viernes vía telefónica en el teléfono: **(55) 29 66 – 78 78**, o por correo electrónico en la siguiente dirección: isabel.vazquez@grupojiva.com.mx