

LLENADO POR SOLICITANTE

Folio: _____

Nombre: _____
(Nombre(s)) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Domicilio: _____
(Calle y N°) (Colonia)

(C.P) (Delegación o Municipio) (Entidad Federativa)

Correo Electrónico: _____

Prefiere que se le notifique a: Domicilio () Correo Electrónico () Ambos ()

DATOS DE LOCALIZACIÓN

Marque con una X el caso que corresponda

Empleado de DGCM () Ex-empleado de DGCM () Candidato de Vacante ()
Cliente () Proveedor ()

*En caso de ser Ex-empleado, indique la fecha de renuncia: _____

DERECHO ARCO

Marque con una X el derecho que desea ejercer

Acceso () Rectificación () Cancelación () Revocación y/o Oposición ()

Describa brevemente el dato o información sobre los que quiere ejercer el derecho ARCO y la acción que quiere llevar a cabo.

DATOS DE SOLICITUD ARCO

Fecha de Solicitud:

Fecha de Recibido:

**Fecha de Conformidad con el
derecho ejercido:**

Nombre y Firma de Solicitante

Nombre y Firma de Coord. de RH

Nombre y Firma de Solicitante