**Solicitud del derecho de Cancelación de Datos Personales**

(Formato Autorizado para su presentación por Escrito)

|  |  |
| --- | --- |
| **FOLIO:** |  |
| **FECHA:** | / / |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.-Nombre de entidad o dependencia y área, responsable de tratar los datos personales:** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.-Datos del Solicitante:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre(s) | | | | | | Apellido Paterno | | | | | Apellido materno | | | | |
| **Sexo** | **F** | **M** | **Edad** | |  | **Nació:** | **Día** | | **Mes** | **Año** | **Lugar** | | | | |
| **Registro Federal de Contribuyentes:** | | | | | | **Nacionalidad:** | | | | | **CURP:** | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| **Estado Civil:** | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |
| **Domicilio** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Calle, Número exterior e Interior en su caso y Colonia** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ciudad, Estado y Código Postal** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono, Fax, Teléfono Móvil y email** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.-Información estadística:** LOS SIGUIENTES DATOS SON UTILES PARA FINES ESTADISTICOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| OCUPACION: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.-Documento oficial de identificación del solicitante** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marcar con una “X” el documento que se presenta para acreditar identidad:** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CREDENCIAL PARA VOTAR (INE)**  **CEDULA PROFESIONAL**  **PASAPORTE**  **CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL**  **LICENCIA DE CONDUCIR**  **OTRA IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTOGRAFIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Actúa a nombre propio o en representación de un tercero? Marque con una ”x” la opción deseada.** | | | | | | | | | | | |  | |  |  |
| **A NOMBRE PROPIO**  **En representación de un tercero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE REPRESENTACION:**  **Nombre del representado (nombre y apellidos si es persona física o razón social personas morales o jurídico colectivas)**  **Registro Federal de Contribuyentes**  **Documento que acredite la identidad del representado**  **Documento que acredite la representación:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.-Medio para oír y recibir notificaciones.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Elija con una “X” la opción deseada y complete la información necesaria para la procedencia del medio de su elección.** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A.- PERSONAL.**  **Por favor indique la opción en la cual se deberá llevar a cabo la notificación:**    **I.- EN DOMICILIO PARTICULAR:**    **Calle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Exterior:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **No. Interior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colonia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Delegación o municipio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Entidad Federativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **B.-Correo electrónico.**  **Dirección de correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **C.- Oficinas Promap**  **D.- Correo certificado (con costo)**  **E.- Lista publicada en estrados.**  **Autorización de personas.**  **Manifiesto que es mi voluntad autorizar a las siguientes personas para que a**    **mi nombre :**  **I.- Oigan y reciban notificaciones**  **II.-Reciban documentos**     |  |  | | --- | --- | | Nombre del autorizado | Tipo de autorización | | 1. |  | | 2. |  | | 3. |  | | 4. |  |  |  | | --- | | **6.-Solicitud de cancelación** | | **Elija con una “X” la opción deseada y complete la información necesaria para la procedencia de su solicitud:**   |  |  | | --- | --- | | **Nombre del (los) sistemas de Datos Personales en el (los)que se solicita cancelación :** | **1.**  **2.**  **3.**  **4.**  **5.** | | **El ejercicio de mi derecho de cancelaición comprende todos los sistemas de**  **datos personales que obren en posesión del sujeto obligado.** | |   **6.1.- Descripción clara y precisa de los datos personales sobre los que se solicita la cancelación:** | |  | | **6.2.-Motivos y razones que sustenten la solicitud** | | **6.3.- INFORMACION ADICIONAL, COMPLEMENTARIA O ACLARATORIA (cualquier motivo que justifique su cancelacion).** | | **6.4.- Documentos adicionales (CUALQUIER ELEMENTO QUE APOYE LA PROCEDENCIA DE SU CANCELACION AGREGAR COMO ANEXOS).**  **7.- Firma o huella dactilar del solicitante**  Manifiesto que es mi voluntad llevar a cabo la presente solicitud de ACCESO a datos personales , en la que me fue facilitado el aviso de privacidad con anterioridad, el cual he leído y entendido por lo que acepto las condiciones a las cuales se encuentra sujeto el tratamiento de mis datos personales y la firma o huella dactilar que se imprime en este formato constituye autorización expresa para los efectos previstos en el aviso de privacidad referido | | | | | | | | | | | | | | | | |