FORMATO DE SOLICITUD EJERCICIO DE DERECHOS ARCO
AXISTONE SA DE CV
Protección de Datos Personales

Fecha: / /

Área de Datos Personales
Presente:

I. DATOS DEL SOLICITANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL:

Solicitante: (Titular)

o

Representante: (en su caso)

_____ *Nombre completo* *Apellido Paterno* *Apellido Materno*

_____ *Nombre completo* *Apellido Paterno* *Apellido Materno*

Deberán anexarse a la solicitud los documentos que acrediten la identidad del titular y/o en su caso, del representante legal (IFE, Pasaporte, Cartilla Militar, Poder, y en caso de menores acta de Nacimiento).

II. TIPO DE SOLICITUD

- Acceso (acceder a sus datos personales)
- Rectificación (rectificar los datos cuando sean inexactos o incompletos.)
- Cancelación (eliminación de sus datos, previo período de bloqueo de sus datos personales)
- Oposición (oponerse de manera total o parcial al tratamiento de alguno de sus datos personales)
- Revocación al tratamiento de sus datos personales o la transferencia de los mismos

Descripción de la acción solicitada (En su caso, adjuntar documentos o información que faciliten la localización de los datos Personales y especificar si se refiere a ejercicio de datos sensibles)

III: NOTIFICACIONES Medio por el cual desea recibir respuesta a su solicitud y podemos mantener contacto con usted.

Correo electrónico: _____

Teléfono fijo o celular: _____

IV. RELACIÓN Para facilitar la búsqueda de la información especifique la relación que ha tenido con nuestra empresa

☐ Cliente	☐ Solicitante de empleo
☐ Proveedor	☐ Ex empleado
☐ Empleado	☐ Otro
☐ Solicitante	(señalar) _____

Periodo: _____

En atención a lo estipulado en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, daremos respuesta a su solicitud en un plazo máximo de 20 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud. De admitirse su solicitud, se procederá su respuesta dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud.

Firma del Titular o del Representante Legal