

Formato Único

Solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición, y/o Portabilidad de Datos Personales.

* Los puntos marcados con asterisco al final son obligatorios.

Este espacio debe ser llenado exclusivamente por la Unidad de Transparencia:	
Folio número:	Fecha y hora de recepción ____/____/____ : ____ Hrs Día Mes Año
1. Datos del Responsable (Sujeto Obligado) del tratamiento de los datos personales al que solicita su Derecho de Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición, y/o Portabilidad.	
2. Datos del Titular del Dato Personal o de su Representante	
Solicitante	
(Titular del dato) Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Datos de identificación oficial _____ (del que acompaña copia), mayor de edad, con domicilio en la calle _____ Número _____ Colonia _____ Municipio _____ Código Postal _____. Representante Legal _____ (En su caso) Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) Datos de identificación oficial _____ (del que acompaña copia), mayor de edad, con domicilio ubicado en: Calle _____ Número _____ Colonia _____ Municipio _____ Código Postal _____.	
3. En su caso, indique si los datos son de una persona: ☐ Menor de edad ☐ En estado de interdicción o incapacidad ☐ Fallecido (a) Nota: Si seleccionó algunas de las opciones anteriores, véase "Información general", para los requisitos aplicables a cada caso.	
4. Indique el derecho que desea ejercer (puede ser uno o más) ☐ Acceso ☐ Rectificación ☐ Cancelación ☐ Oposición ☐ Portabilidad	

5. Describa con claridad su solicitud y los datos personales respecto de los cuales requiere el ejercicio del derecho ARCOP (en el caso de una solicitud de acceso, no será indispensable especificar los datos personales. Para las solicitudes de rectificación, se sugiere incluir los documentos que avalen la modificación solicitada. Para el ejercicio de cancelación, deberá señalar las causas que lo motivan a solicitar el borrado o eliminación de los datos personales. Para el ejercicio del derecho de oposición, deberá señalar la situación que lo lleva a solicitar que concluya el tratamiento (uso) de los datos, así como el daño que le causaría que se continuara con el mismo, o bien, deberá indicar las finalidades específicas respecto de las cuales solicita que se concluya el tratamiento): *

En caso de que cuente con información que facilite la búsqueda y eventual localización de los datos personales, como la unidad administrativa que considera que trata sus datos y documentos que sean de utilidad, por favor proporciónela (opcional):

6. Lugar o medio para recibir la información solicitada y las notificaciones correspondientes

☐ Correo electrónico

☐ Domicilio

_____	_____	_____
Calle	No. exterior	No. interior
_____	_____	_____
Colonia	Municipio	Código Postal

☐ Acudir a la Unidad de Transparencia

☐ Sistema Electrónico habilitado para ello

En caso de que no se indique algún medio para recibir notificaciones, éstas se realizarán por estrados de la Unidad de Transparencia.

Las notificaciones se harán a través del sistema electrónico establecido por el Sujeto Obligado o correo electrónico proporcionado por el solicitante.

*Correo electrónico para recibir notificaciones

Si no se utiliza el sistema electrónico o no se proporciona un correo electrónico, las notificaciones serán personales, practicándose en el domicilio que el interesado señale. Este domicilio deberá estar dentro del municipio de residencia del sujeto obligado al que se le requiera la solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad de los datos, de lo contrario se harán por tabla de avisos.

Calle No. Exterior/Interior Colonia o Fraccionamiento

Código Postal Municipio

7. Opcionalmente, la modalidad en la que se prefiere se otorgue el acceso a datos personales, indique cómo requiere el acceso o reproducción de datos:

- ☐ Consulta directa (**sin costo**) ☐ Copias certificadas (**sin costo** las primeras 20 hojas)
- ☐ Copias simples (**sin costo** las primeras 20 hojas) ☐ Dispositivo de almacenamiento (**sin costo**, si este es proporcionado por el solicitante)
- ☐ Disco compacto (**sin costo**, si esté es proporcionado por el solicitante)

8 . Documentos anexos

- a) Copia de la Identificación del Titular del Dato.
- b) Carta Poder Simple, firmada por dos testigos (en caso de ser por representante)
- c) Copia de la identificación del Representante del Titular del Dato.
- d) Cualquier otro medio que facilite el numeral 3.

9. Medidas de accesibilidad opcional.

Lengua indígena (para facilitar la traducción, indique el nombre de la lengua y/o el lugar de dicha lengua el solicitante): _____

Formato accesible y/o preferencia de accesibilidad:

- ☐ Equipos de cómputo con tecnología adaptada, escritura braille y lectores de texto
- ☐ Lenguaje de señas o cualquier otro medio de comunicación
- ☐ Lugar de estacionamiento para persona con discapacidad
- ☐ Asistencia de intérpretes oficiales de la lengua que señala
- ☐ Brindar las facilidades para el acceso de perros guías o animales de apoyo
- ☐ Apoyo de lectura de documentos
- ☐ Rampa para personas con discapacidad
- ☐ Otras (indique cuáles): _____

10. Contacto

Para sugerencias, dudas o quejas, puede comunicarse al 8282690900 o bien remitirse al correo de transparencia@cadereyta.gob.mx

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos asentados en el presente son ciertos, incluyendo los que acrediten la identidad del titular.

Nombre y firma del Titular del Dato o de su Representante