

SOLICITUD DE DERECHOS ARCO (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN)



DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de Integra Salud y Servicios Médicos S.A. de C.V. con domicilio Miguel Lerdo de Tejada 35, C.P. 01020, Colonia Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, CDMX. La presente solicitud está diseñada para atender en tiempo, forma y fondo el ejercicio de sus derechos ARCO previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante "LFPDPPP"), y su Reglamento. Le recordamos que los derechos ARCO sólo pueden ser ejercidos por el titular o su representante legal previa acreditación de su identidad, razón por la cual a la presente solicitud debe acompañarse copia simple o electrónica legible de su identificación oficial vigente (por ambos lados). Asimismo, le informamos que para que su solicitud proceda es indispensable completar toda la información solicitada, la cual es necesaria para acreditar su identidad, tal y como se señala en los artículos 32, 34 y 35 de la LFPDPPP, así como 89 de su Reglamento.

DATOS DEL TITULAR

Nombre(s):	Apellidos:		
Domicilio en (calle):		N° Ext:	N° Int:
Alcaldía o Municipio:			
Teléfono principal:	Teléfono secundario:		
Correo electrónico para contacto:			

Documentación que debe acompañar a su solicitud mediante copia electrónica legible (escaneada) de identificación oficial vigente (Marque con una "X"):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Credencial de elector con fotografía N° | <input type="checkbox"/> Credencial de afiliación IMSS N° |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte N° | <input type="checkbox"/> Credencial de afiliación ISSTE N° |
| <input type="checkbox"/> Cartilla de Servicio Militar N° | <input type="checkbox"/> Documento migratorio que constate la legal estancia del extranjero al país N° |
| <input type="checkbox"/> Cédula Profesional N° | |

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (SÓLO SI APLICA)

Nombre(s):	Apellidos:
<small>* En caso de ser representante legal del titular, deberá acompañar a la presente solicitud: copia electrónica legible (escaneada) del instrumento público correspondiente, o en su caso, carta poder firmada ante dos testigos (marcar la casilla correspondiente).</small>	

<input checked="" type="radio"/> Instrumento Público	Notaría N°:	N° de Instrumento:	
DERECHOS ARCO: Tipo de solicitud: (Marque con una "X" el o los derechos que desea ejercer)			
<input type="checkbox"/> Acceso	<input type="checkbox"/> Rectificación	<input type="checkbox"/> Cancelación	<input type="checkbox"/> Oposición

En el siguiente recuadro deberá indicar sobre qué Datos Personales pretende ejercer los derechos arriba mencionados; así como cualquier otro elemento o información que facilite la localización de los mismos.

Los datos personales que proporciona en la presente solicitud serán tratados por Integra Salud y Servicios Médicos S.A. de C.V. ubicado en Miguel Lerdo de Tejada 35, C.P. 01020, Colonia Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, CDMX, para realizar todas las actividades necesarias para atender su ejercicio de Derechos ARCO. En el caso de ejercer la cancelación de sus datos, se realizará el bloqueo y posterior eliminación de dicha información conforme a las disposiciones legales correspondientes.