



SOLICITUD PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN

No. Folio _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR

| | | |
|--|--|---|
| Nombre: | | |
| Calle y número: | Ext | Int. |
| Colonia: | | |
| Delegación/Municipio: | | Estado: |
| C.P. | Teléfono: | Correo electrónico: |
| Identificación: | | |
| <input type="radio"/> Credencial IMSS | <input type="radio"/> Cedencial INE | <input type="radio"/> Cartilla SMN |
| <input type="radio"/> Cédula Profesional | <input type="radio"/> Documento Migratorio | <input type="radio"/> Pasaporte Vigente |

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|---|--|---|
| Nombre: | | |
| Documentos que acrediten la representación legal: | | |
| <input type="radio"/> Instrumento público, o | | |
| <input type="radio"/> Carta poder firmada por dos testigos, o | | |
| <input type="radio"/> Declaración en comparecencia personal del titular | | |
| Identificación: | | |
| <input type="radio"/> Credencial IMSS | <input type="radio"/> Credencia INE | <input type="radio"/> Cartilla SMN |
| <input type="radio"/> Cédula Profesional | <input type="radio"/> Documento Migratorio | <input type="radio"/> Pasaporte Vigente |

| | |
|--|---|
| Usted desea recibir respuesta a través de: | |
| <input type="radio"/> Correo electrónico | <input type="radio"/> Presentandose en nuestras instalaciones |
| Relación con el responsable: | <input type="radio"/> Postulante <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Proveedor <input type="radio"/> Cliente |
| Para cualquier limitación debe anexar copia de una identificación oficial, la cual no debe presentar tachaduras o enmendaduras; en caso que usted sea el representante legal debe anexar carta poder o cualquier otro de los documentos antes mencionados. | |

Por favor indique con una descripción clara y precisa los datos personales y finalidad o finalidades respecto a los que se busca limita su uso o divulgación así como revocar su consentimiento.

| |
|--|
| |
|--|

Deseo revocar mi consentimiento de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares

| |
|--|
| Lugar y fecha de recepción de solicitud |
| Tlaquepaque, Jalisco; a _____ día(s) del mes de _____ del año 20 _____ |
| _____ |
| Firma del Solicitante |

Si usted considera que se ha negado el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, no se le ha entregado la información personal solicitada o que sus datos personales han sido lesionados por alguna conducta de nuestros empleados, usted puede iniciar el procedimiento de protección de derechos ante el INAI; para mayor información visite el sitio de internet <http://www.inai.org.mx>