

**SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA, RECURSOS HIDRAULICOS, PESCA Y ACUACULTURA**

**SOLICITUD PARA EJERCER LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACION, CANCELACION Y OPOSICION (ARCO)**

La presente solicitud deberá ser llenada por el usuario titular de los datos personales o sensibles, o bien, por su representante legal.

Es indispensable que nos proporcione toda la información requerida en la presente solicitud, ya que sólo de esa forma podremos verificar su identidad y estaremos en posibilidades de atenderle debidamente.

Favor de proporcionar la información sin abreviaturas.

**I. INFORMACIÓN DEL TITULAR:**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_

Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Domicilio:  
Calle: \_\_\_\_\_

Número exterior: \_\_\_\_\_ Número interior: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Teléfono y/o Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_

Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

En el caso de actuar mediante representante legal, le pedimos de favor que acompañe la documentación que acredite la representación en términos de ley mediante instrumento público (poder notarial o poder ante Corredor Público) o carta poder firmada ante dos testigos.

Medio para oír y recibir notificaciones sobre su solicitud: \_\_\_\_\_

**II.-Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos ARCO, salvo que se trate del derecho de acceso:**

**III.-Indique el derecho ARCO que se busca ejercer (marque con "X" la opción deseada) o bien, lo que solicita:**

Acceso:

Cancelación:

Rectificación:

Oposición:

Tratándose de:

a) **Solicitud de acceso** a datos personales, describa la modalidad en la que prefiere éstos se reproduzcan:

\_\_\_\_\_

b) **Solicitud de rectificación** además de lo indicado en las fracciones anteriores podrá aportar la documentación que sustente su petición \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) **Solicitud de cancelación**, describa las causas que lo motiven a solicitar la supresión de sus datos en los archivos del responsable \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) **Solicitud de oposición**, deberá manifestar las causas legítimas o la situación específica por lo que solicita el cese en el tratamiento, así como el daño o perjuicio que le causaría la persistencia del tratamiento, o las finalidades específicas por las cuales requiere ejercer este derecho \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IV.-Indique la identificación oficial vigente que está acompañando a la presente solicitud y con la que está acreditando su identidad para el trámite, y en su caso, la personalidad e identidad de su representante: (marque con 'X').**

Credencial de Elector:

Pasaporte:

Licencia de manejo:

**VI.-Proporcionar cualquier otra información o documento que considere importante para facilitar la localización de los datos personales y tramitar su solicitud convenientemente.**

Nombre del área responsable que trata sus datos personales:

\_\_\_\_\_

Los datos personales que nos proporciona a través de este formulario tienen como único objetivo el verificar la identidad del titular o de su representante legal y resguardar la seguridad de los mismos.

El plazo de respuesta a la presente solicitud, no excederá de veinte días, contados a partir del día siguiente a la recepción de la solicitud, podrá ser ampliado por una sola vez hasta 10 días cuando así lo justifiquen las circunstancias y se le haya notificado al titular dentro del plazo de respuesta.

En caso de resultar procedente, la solicitud se hará efectiva en un plazo que no excederá de quince días contados a partir del día siguiente en que se haya notificado la respuesta al titular.