



RECURSO DE REVISIÓN

FORMATO ST-RR-4 (protección de datos personales)

Número de control _____

CIUDADANO COMISIONADO PONENTE
DEL CONSEJO GENERAL DEL IAIP TLAXCALA
PRESENTE

I. DATOS GENERALES:

PERSONA FÍSICA PERSONA MORAL

NOMBRE DEL RECURRENTE, TUTOR O MANDATARIO: _____

RAZÓN SOCIAL: _____

II. DOMICILIO O DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:

CALLE Y NÚMERO		COLONIA
CIUDAD	MUNICIPIO	ESTADO
		TLAXCALA
TEL.	CORREO ELECTRÓNICO:	
NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN AUTORIZA PARA RECIBIR NOTIFICACIONES E IMPONERSE DE LOS AUTOS:		

III: NOMBRE Y DOMICILIO DEL SUJETO OBLIGADO (DEPENDENCIA O ENTIDAD) QUE EMITIÓ EL ACTO O RESOLUCIÓN IMPUGNADA: _____

IV. NOMBRE Y DOMICILIO DEL TERCERO INTERESADO (SI ES QUE EXISTIERA): _____

V. FECHA EN QUE SE PRESENTÓ LA SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES: _____

VI. ACTO O RESOLUCIÓN QUE SE IMPUGNA:

a). La resolución emitida no atendió al contenido de su solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición de datos personales.	<input type="checkbox"/>
b). El sujeto obligado ha omitido pronunciarse sobre su solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición de datos personales.	<input type="checkbox"/>
c). La resolución fue incompleta respecto de la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición de datos personales.	<input type="checkbox"/>
d). La resolución fue inexacta en relación al derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición de datos personales.	<input type="checkbox"/>

VII. FECHA EN QUE SE NOTIFICÓ EL ACTO O RESOLUCIÓN IMPUGNADA:

VIII. BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE ME CONSTAN LOS HECHOS Y ABSTENCIONES EN QUE FUNDO LA IMPUGNACIÓN:

IX. AGRAVIOS CAUSADOS CON MOTIVO DE LA EMISIÓN DEL ACTO O RESOLUCIÓN IMPUGNADA:

X. MEDIOS PROBATORIOS QUE SUSTENTAN LA IMPUGNACIÓN:

ACUSE ORIGINAL DE LA SOLICITUD INICIAL <input type="checkbox"/>	LA RESOLUCIÓN QUE SE IMPUGNA (ORIGINAL) <input type="checkbox"/>
OTROS ESPECIFICAR: <input type="checkbox"/>	LA NOTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE (ORIGINAL) <input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

LO ANTERIOR EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 74 DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PARA EL ESTADO DE TLAXCALA.

Por medio del presente acto manifiesto mi consentimiento de forma expresa y libre para que mis datos de carácter personal que obran en el presente recurso, ___ Sean publicados durante la substanciación y posterior resolución del mismo.

ATENTAMENTE

NOMBRE, FIRMA O HUELLA DIGITAL

*NOTA.- El plazo para interponer el recurso de revisión será de 15 días hábiles, contados a partir de la fecha en que surta sus efectos la notificación de la resolución impugnada, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 72 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala.

TLAXCALA, TLAX., A _____ DEL MES DE _____ DE 2016.