



## SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES

NÚMERO DE CONTROL: \_\_\_\_\_

<b>I. SUJETO OBLIGADO AL QUE DIRIGE LA SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:</b>					
_____					
<b>II. DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL:</b>					
_____					
NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO			
EN SU CASO, NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (ANEXAR DOCUMENTO QUE LO ACREDITE)					
<b>III. IDENTIFICACIÓN:</b>					
ANEXAR COPIA:					
<input type="checkbox"/> CREDENCIAL PARA VOTAR	<input type="checkbox"/> PASAPORTE				
<input type="checkbox"/> LICENCIA DE MANEJO	<input type="checkbox"/> CARTILLA SERVICIO MILITAR	<input type="checkbox"/> OTRO _____			
<b>IV. LUGAR O MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:</b>					
<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO _____					
Por favor indique su dirección de correo electrónico con claridad y letra legible)					
<input type="checkbox"/> OFICINAS DE LA CAIPTLAX	<input type="checkbox"/> OFICINAS DEL SUJETO OBLIGADO	<input type="checkbox"/> DOMICILIO (En caso de seleccionar este medio, llene los siguientes campos)			
CALLE _____	No. _____	COLONIA _____			
CIUDAD _____	ESTADO _____				
C.P. _____	TEL/FAX _____				
<b>V. TRATAMIENTO QUE SOLICITA SOBRE SUS DATOS PERSONALES:</b>					
<input type="checkbox"/> ACCESO	<input type="checkbox"/> RECTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> CANCELACIÓN	<input type="checkbox"/> OPOSICIÓN		
<b>VI. ESPECIFIQUE DE FORMA CLARA EL TRATAMIENTO QUE SOLICITA SOBRE SUS DATOS PERSONALES:</b>					
<b>VII. MODALIDAD EN QUE DESEA QUE SE OTORQUE EL TRATAMIENTO A SUS DATOS PERSONALES:</b>					
<input type="checkbox"/> CONSULTA DIRECTA	<input type="checkbox"/> COPIAS SIMPLES	<input type="checkbox"/> COPIAS CERTIFICADAS			
<b>VIII. LA PRESENTE INFORMACIÓN SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE PARA FINES ESTADÍSTICOS (OPCIONAL)</b>					
SEXO: <input type="checkbox"/> (F) <input type="checkbox"/> (M)	OCUPACIÓN: _____	NIVEL DE ESTUDIOS: _____ EDAD: _____			
<b>MEDIO POR EL CUAL SE ENTERÓ DE LA POSIBILIDAD PARA EJERCER LOS DERECHOS ARCO:</b>					
<input type="checkbox"/> PRENSA	<input type="checkbox"/> RADIO	<input type="checkbox"/> TELEVISIÓN	<input type="checkbox"/> CARTEL O PÓSTER	<input type="checkbox"/> INTERNET	<input type="checkbox"/> OTRO

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales "Solicitudes", el cual tiene su fundamento en los artículos 41, 54, 61, 62, 63, 64, 65 Y 68 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es "la formación e integración de los expedientes relativos a las solicitudes de información, de solicitudes de los derechos ARCO, de recursos de revisión, de revocación, recusación, así como denuncias por posibles incumplimientos a la Ley de Acceso a la Información Pública para el Estado de Tlaxcala y a la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, presentados ante la CAIPTLAX, su sustanciación, resolución y cumplimiento y podrán ser transmitidos a los órganos de control interno, juzgados de Distrito del Estado, y en su caso, al Tribunal Colegiado de Circuito en materia administrativa que lo requieran, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala.

Además, se le informa que en caso de no señalar medio para recibir notificaciones, éstas se realizarán en los estrados de la CAIPTLAX. Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de datos personales es el Jefe de la Unidad Técnica y de Protección de Datos Personales de la CAIPTLAX, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en las instalaciones de la Comisión, sita en Colonia La Loma Xicohtécatl, No. 236, C.P. 90062, Tlaxcala, Tlaxcala. El interesado podrá dirigirse a la CAIPTLAX donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, al teléfono: 01 246 46 20039; correo electrónico: datos.personales@caip-tlax.org.mx o www.caip-tlax.org.mx

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO