



## Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Tlaxcala

### Solicitud para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos personales

Número de control: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>I. Nombre del titular de los datos personales:</b>			
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	
<b>Para el caso de que quien ejerza los derechos ARCO lo haga en su calidad de Representante legal, maque una de las siguientes opciones:</b>			
Menor de edad sujeto a patria potestad o tutela <input type="checkbox"/>	Contrato de mandato <input type="checkbox"/>	Persona fallecida (de cujus) <input type="checkbox"/>	
Nombre completo del Representante legal:			
<b>Domicilio o cualquier otro medio para recibir notificaciones:</b>			
En caso de seleccionar esta opción como medio para recibir notificaciones llene los siguientes campos:			
Calle _____ No interno: _____ No. Externo _____ Colonia _____			
Localidad _____ Municipio _____ Estado _____			
C.P. _____ Tel/Fax _____			
Estrados del IAIP Tlaxcala <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> _____			
*Por favor indique su dirección de correo electrónico con claridad y letra legible			
<b>II. Documentos con los que se acredita la identidad del titular de los datos personales o su representante legal:</b>			
Credencial para votar <input type="checkbox"/>	Pasaporte vigente <input type="checkbox"/>	Cédula profesional <input type="checkbox"/>	Poder notarial <input type="checkbox"/>
Licencia de manejo <input type="checkbox"/>	Cartilla del servicio militar <input type="checkbox"/>	Carta poder <input type="checkbox"/>	Resolución de nombramiento de albacea <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/> _____			
*Deberá anexar original y copia simple para cotejo.			
<b>III. Nombre del sujeto obligado al que dirige la solicitud de tratamiento de datos personales, de ser posible el área responsable que trata los datos personales:</b>			
<b>IV. Describa de manera clara y precisa los datos personales respecto de los cuales quiere ejercer el derecho de Rectificación, Cancelación u Oposición:</b>			
* Este requisito no aplica para el caso del ejercicio del derecho de "acceso".			
<b>V. Especifique el derecho que desea ejercer:</b>			
Acceso <input type="checkbox"/>	Rectificación <input type="checkbox"/>	Cancelación <input type="checkbox"/>	Oposición <input type="checkbox"/>



Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales  
del Estado de Tlaxcala

**Modalidad en que desea que se otorgue el tratamiento a sus datos personales:**

Consulta directa       Copias simples       Copias certificadas (con costo)       Correo electrónico

\* Para el caso de las copias simples a partir de más de 20 hojas tendrán costo [art. 48 LPDPPSOET].

**VI. Especifique cualquier otro elemento que facilite la localización de los datos personales:**


\* Información de llenado opcional que será utilizada únicamente para fines estadísticos:

Sexo:  H     M      Ocupación: Académico       Estudiante       Servidor Público       Empresario   
   Empleado       Obrero       Artesano       Labores del hogar   
   Otra: \_\_\_\_\_

Nivel de Estudios:    Primaria       Secundaria       Preparatoria       Licenciatura       Maestría   
   Otro: \_\_\_\_\_

Edad:                    Menor de 18 años     De 18 a 35 años     De 36 a 50 años     De 51 a 65 años     Más de 66 años

Medio por el cual se enteró de la posibilidad para ejercer los derechos ARCO:

Prensa     Radio     Televisión     Cartel o poster     Internet     Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del solicitante



Sello de recibido