

**Recurso de revisión (Datos personales)**

Número de control interno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **I. Área responsable ante quien presentó la solicitud para el ejercicio de los derechos ARCO:** |
|  |
|  |
| **II. Nombre del titular que recurre o de su representante legal:** |
|  |
| Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno |
| **Para el caso de que quien ejerza los derechos ARCO lo haga en su calidad de Representante legal, marque una de las siguientes opciones:**  Menor de edad sujeto a patria potestad o tutela Contrato de mandato De cujus |
| Nombre completo del Representante legal: |
| **Nombre completo del tercero interesado (en caso de existir):** |
| **Domicilio o cualquier otro medio para recibir notificaciones:**  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  En caso de que desee recibir notificaciones por los siguientes medios, indique la opción Correo electrónico  \*Indique su dirección de correo electrónico con claridad y letra legible |
| **III. Fecha en que le fue notificada la respuesta, o bien en caso de falta de respuesta, la fecha de presentación de la solicitud para el ejercicio de los derechos ARCO:** |
|  |
| **IV. Acto que se recurre y puntos petitorios, razones o motivos de inconformidad:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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



|  |
| --- |
| **V. Copia de la respuesta que se impugna y de la notificación correspondiente:** |
| \* Deberá anexar copia simple a este recurso de revisión (en caso de haber recaído respuesta). |
| **VI. Documentos con los que se acredita la identidad del titular de los datos personales o su representante legal:** |
| Credencial para votar Pasaporte vigente Cédula profesional Poder notarial  Licencia de manejo Cartilla del servicio militar Carta poder Resolución de nombramiento de albacea Otro \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_ \_  \*Deberá anexar original y copia simple para cotejo. |

Firma del solicitante Sello de recibido