

| DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre: | | |
| Calle y número: | Ext. | Int. |
| Colonia: | | |
| Delegación/Municipio: | | Estado: |
| C.P. | Teléfono: | Correo electrónico: |
| Identificación: | | |
| Credencial IMSS Cédula Profesional | Cedencial IFE Documento Migratorio | Cartilla SMN Pasaporte Vigente |

| DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre: | | |
| Documentos que acrediten la representación legal: | | |
| Instrumento público, o Carta poder firmada por dos testigos, o Declaración en comparecencia personal del titular | | |
| Identificación: | | |
| Credencial IMSS Cédula Profesional | Credencia IFE Documento Migratorio | Cartilla SMN Pasaporte Vigente |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------|-----------|---------|
| Usted desea recibir respuesta a través de: | | | | |
| Correo electrónico | | Presentándose en nuestras instalaciones | | |
| Relación con el responsable: | Postulante | Empleado | Proveedor | Cliente |
| Para cualquier limitación debe anexar copia de una identificación oficial, la cual no debe presentar tachaduras o enmendaduras; en caso que usted sea el representante legal debe anexar carta poder o cualquier otro de los documentos antes mencionados. | | | | |

Por favor indique con una descripción clara y precisa los datos personales y finalidad o finalidades respecto a los que se busca limita su uso o divulgación así como revocar su consentimiento.

Deseo revocar mi consentimiento de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares

Lugar y fecha de recepción de solicitud

Tlaquepaque, Jalisco; a _____ día(s) del mes de _____ del año 20 _____

Firma del Solicitante

Si usted considera que se ha negado el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, no se le ha entregado la información personal solicitada o que sus datos personales han sido lesionados por alguna conducta de nuestros empleados, usted puede iniciar el procedimiento de protección de derechos ante el IFAIPD; para mayor información visite el sitio de internet <http://www.ifai.mx>