

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 revocación 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.				

<p>Por favor indique con una descripción clara y precisa los datos personales respecto a los se busca revocar su consentimiento.</p>
--

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
