

**Solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y
Portabilidad de Datos Personales**

Folio: _____

FECHA: ____/____/____ Hora: _: ____

1. Responsable (sujeto obligado) al que solicita el ejercicio del derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad (ARCOP)*				
2. Nombre completo del titular (persona a la que pertenecen los datos personales) *				
Nombre completo	Primer apellido	Segundo apellido		
2.1 Nombre completo del representante:				
Nombre completo	Primer apellido	Segundo apellido		
Deberá acreditarse la identidad del titular y en su caso, del representante, previo ejercicio del derecho. "Para el caso del representante, además deberá acreditarse su personalidad (ver información de interés)				
3. Marque con una X si los datos son de una persona:				
Menor de edad	En estado de interdicción o discapacidad	Fallecida		
Si seleccionó algunas de las opciones anteriores, véase el apartado de "interés", para cumplir con los requisitos según sea el caso.				
4. Marque con una X él o los derechos que desea ejercer*				
Acceso	Rectificación	Cancelación	Oposición	Portabilidad
5. Descripción clara y precisa de la solicitud, indique cualquier dato que facilite su trámite y/o localización: *				
En caso de que el espacio no sea suficiente, puede anexar las hojas que requiera a la presente solicitud.				

DIRECCIÓN DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS - ACTOPANVER.GOB.MX

DIRECCIÓN DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS - ACTOPANVER.GOB.MX

6. Nombre del área responsable del tratamiento en caso de conocerla:							
7. Si la solicitud es de acceso a datos personales, marque con una X como quiere el acceso o la reproducción de los datos:							
Consulta directa	Copia certificada	Correo electrónico (una vez acreditada la identidad)	Copia simple				
8. Señale el medio para recibir notificaciones: *							
Correo electrónico:							
Domicilio:							
Acudir a la Unidad de Transparencia							
Sistema electrónico habilitado para ello							
En caso de que no señale ningún medio, se notificará por medio de lista que se fije en los estrados de la Unidad de Transparencia.							
9. Dato adicional de contacto:							
Teléfono fijo o celular							
10. Medidas de accesibilidad							
Lengua indígena (para facilitar la traducción, indique el nombre de la lengua y/o el lugar donde habla dicha lengua el solicitante):							
Formato accesible y/o preferencia de accesibilidad derivado de una discapacidad:							
11. Datos con fines estadísticos (opcional)							
Sexo:	F	M	Año de nacimiento:		Nacionalidad:		
Ocupación:				Escolaridad:			
Rango de edad:	15-25	25-35	35-45	45-55	55 -65	65 o más	
¿Cómo se enteró que puede ejercer sus derechos ARCOP?							
Radio	Televisión		Medios impresos		Internet o redes sociales		
12. Aviso de Privacidad							
Le invitamos a consultar nuestro aviso de privacidad en el siguiente enlace: https://actopanver.gob.mx/transparencia/avisos-de-privacidad/							
He leído y acepto los términos del aviso de privacidad.							

