

SOLICITUD PARA EJERCER DERECHOS ARCO

Instrucciones:

(i). Favor de llenar el presente formulario de la manera más detallada posible y enviarlo escaneado con los documentos correspondientes, vía correo electrónico a la siguiente dirección: compliance@arupadvantage.com.

Para uso exclusivo del responsable de datos personales:

Folio:
Fecha y hora de recepción:

Fecha: _____

Nombre y domicilio del Titular de los Datos Personales:

Nombre: _____
Calle y No.: _____ Colonia: _____
Delegación/ Municipio: _____ Estado: _____
País: _____ Código Postal: _____
Correo electrónico: _____

Nombre y domicilio del representante legal, respecto del Titular de los Datos Personales:

Nombre: _____
Calle y No.: _____ Colonia: _____
Delegación/ Municipio: _____ Estado: _____
País: _____ Código Postal: _____
Correo electrónico: _____

Documento que acredite la personalidad del Representante legal del Titular de los Datos Personales (Anexar copia simple):

- Carta Poder firmada con dos testigos.
- Escritura Pública número _____ otorgada ante la fe del Lic. _____
Notario Público número _____ de _____
- Resolución Judicial que acredite al Tutor.
- Acta de Nacimiento (para el caso de menores de edad)

¹ Son los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, de acuerdo con lo definido en el Artículo 2 del Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

**Documento oficial y vigente con el que se identifica el Titular y el representante legal.
(Anexar copia simple):**

Credencial para votar

Cédula profesional

Pasaporte

Documento Migratorio

Cartilla de servicio militar

Hechos que motivan la solicitud de Ejercicio de Derechos ARCO.

Tipo de Derecho(s) que desea ejercer respecto de los datos personales, tratados por la Empresa:

Acceso

Rectificación

Cancelación

Oposición

Descripción de la solicitud:

En caso de que se desee ejercer el Derecho de Acceso indicar que Dato Personal tratado desea conocer:

En caso de que se desee ejercer el derecho de Rectificación indicar:

Dato incorrecto: _____ Dato correcto: _____

Documento que acredita la rectificación (Anexar copia): _____

En caso de que se desee ejercer el Derecho de Oposición indicar:

Datos sobre los que se opone a su tratamiento: _____

Razones por las que se opone al tratamiento: _____

En caso de que se desee ejercer el Derecho de Cancelación indicar:

Datos sobre los que se opone a su tratamiento: _____

Razones por las que se opone al tratamiento: _____

Información que facilite la localización de los datos personales:

Medio por el que desea recibir respuesta: (se enviará según los datos proporcionados anteriormente).

Domicilio

Correo electrónico

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados en el presente son verídicos:

Firma del Titular

Firma del Representante Legal

Número de documentos que se adjuntan.

Información Importante:

● **Requerimiento de aclaración de la solicitud**

Si los datos que nos proporcionó no son suficientes para localizar la información que se solicita, son imprecisos o erróneos, le requeriremos en un término de 5-cinco días hábiles posteriores a la recepción de la presente, para que complementé o aclare dentro de un término de 10-diez días hábiles; de lo contrario se tendrá por no presentada la solicitud y el proceso terminará considerándose la solicitud como improcedente.

● **Tiempos de respuesta**

El plazo de respuesta será máximo de 20-veinte días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud, si su requerimiento resultó procedente el plazo de respuesta (envío de información) se hará efectiva dentro de los 15-quince días hábiles siguientes a la fecha en que se comunica la procedencia.

Av. Santa Fe #170 Oficina 3-2-06.
Col. Lomas de Santa Fe.
Del. Álvaro Obregón. México D.F.
C.P. 01210
Tel. +52 (55) 5081-4360
01 (800) 777-ADVA (2382)