**Formato para el Ejercicio de los Derechos ARCO**

**No de Folio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Datos del Solicitante (Titular) o de su Representante Legal

Solicitante (Titular):

(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Representante (en su caso):

(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

* Anexar a esta solicitud la documentación que acredita al Titular (IFE, Pasaporte Vigente, Cédula Profesional, Documento Migratorio).
* Anexar a esta solicitud la documentación que acredita al representante legal del Titular (IFE, pasaporte, cédula profesional, documento migratorio) y la Carta Poder (dato personal) o poder especializado.

1. **Tipo de Solicitud**: Seleccione el tipo de Solicitud a realizar con los Datos Personales:

**Acceso** (Acceder a sus datos personales).

**Rectificación** (Rectificar los datos cuando sean inexactos o incompletos).

**Oposición** (Oponerse total o parcialmente al tratamiento de algún (os) dato (s) personal (es)

**Cancelación** (Supresión de datos, previo periodo de bloqueo de los mismos).

**Negativa** de trato/**Revocación** al consentimiento /**Negarse a Transferencia** a los datos personales.

**Aclaración de la acción Solicitada:**

(Descripción del tipo de solicitud que desea realizar: incluir acceso a qué datos, descripción de cambios a realizar en los datos (Favor de anexar a la solicitud la documentación que avala el cambio solicitado), datos a cancelar u oposición sobre el manejo de los datos. (Agregar hoja anexa de ser necesario).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. A fin de facilitar la localización de la información, favor de especificar el **tipo de relación** que ha tenido con **Mission Inn S.A. de C.V**.

Cliente (Periodo):

Proveedor (Periodo):

Colaborador (Puesto y periodo):

Candidato (Periodo):

Ex­ – Colaborador (Puesto y Periodo):

Otro. Especifique:

1. **Medios de Contacto** para la Resolución (Marcar con una X)

Correo Electrónico

Teléfono

En el domicilio del responsable

Ingresar el detalle del medio de contacto:

1. Lugar y Fecha de la solicitud:

Firma y/o Huella del Titular o del Representante Legal