

FOLIO: \_\_\_\_\_

Este espacio es llenado por el personal de la Institución	Fecha y Hora recepción	____/____/____ (dd/mm/aaaa) ____:____ Hrs. (hh:mm)
---	------------------------	---

**1.- Nombre del Área a la que le Solicita la Cancelación de datos personales:**

\_\_\_\_\_

**2.- Datos de quien solicita**

Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
------------	------------------	------------------

\_\_\_\_\_

Nombre del representante legal (anexar documentos que lo acrediten)

**3.- Documento oficial con el que se identifica la o el solicitante o representante legal (marcar x la copia)**

- Credencial del IFE
- Pasaporte
- Credencial de afiliación (ISSSTE, IMSS, INAPAM)

**4.- Lugar o medio para recibir notificaciones (marcar x el medio)**

- Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle	Núm. Ext	Municipio
-------	----------	-----------

**5.- Especifique en forma clara y precisa los datos personales de los que se opone a su tratamiento**

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

**6.- Indique las razones por las cuales se opone al tratamiento de sus datos**

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien solicita

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Servidor (a) Público  
que recibe la solicitud

Estoy enterado (a) del tratamiento que recibirán mis datos personales en términos de lo establecido en el artículo 7 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Colima.