SOLICITUD DE CANCELACION DE LOS DATOS PERSONALES

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 solicita su cancelación

_____

_____

_____

6.- Indique las razones por las cuales considera que sus datos deben ser cancelados

_____

_____

_____

_____ _____

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 50 y 53 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Colima.