

# SOLICITUD DE ACCESO A 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 el Acceso a Datos Personales:**

---

**2.- Datos del Solicitante**

---

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

---

Nombre del representante legal (anexar documentos que lo acrediten)

**3.- Documento oficial con el que se identifica 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.- Modo de entrega de los datos solicitados (marcar x el modo)**

- Consulta directa
- Copia

---

Nombre y firma del solicitante

---

Nombre y firma del Servidor 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 del Estado de Colima.