

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 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.- 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 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.