

Solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y Portabilidad de Datos Personales

Folio: _____

FECHA: ____/____/____ Hora: ____: ____

1. Responsable (sujeto obligado) al que solicita el ejercicio del derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad (ARCOP)*				
2. Nombre completo del titular (persona a la que pertenecen los datos personales) *				
Nombre completo	Primer apellido		Segundo apellido	
2.1 Nombre completo del representante:				
Nombre completo	Primer apellido		Segundo apellido	
Deberá acreditarse la identidad del titular y en su caso, del representante, previo ejercicio del derecho. "Para el caso del representante, además deberá acreditarse su personalidad (ver información de interés)				
3. Marque con una X si los datos son de una persona:				
Menor de edad	En estado de interdicción o discapacidad		Fallecida	
Si seleccionó algunas de las opciones anteriores, véase el apartado de "interés", para cumplir con los requisitos según sea el caso.				
4. Marque con una X él o los derechos que desea ejercer*				
Acceso	Rectificación	Cancelación	Oposición	Portabilidad
5. Descripción clara y precisa de la solicitud, indique cualquier dato que facilite su trámite y/o localización: *				
En caso de que el espacio no sea suficiente, puede anexar las hojas que requiera a la presente solicitud.				



6. Nombre del área responsable del tratamiento en caso de conocerla:			
7. Si la solicitud es de acceso a datos personales, marque con una X como quiere el acceso o la reproducción de los datos:			
Consulta directa	Copia certificada	Correo electrónico <small>(una vez acreditada la identidad)</small>	Copia simple
8. Señale el medio para recibir notificaciones: *			
Correo electrónico:			
Domicilio:			
Acudir a la Unidad de Transparencia			
Sistema electrónico habilitado para ello			
En caso de que no señale ningún medio, se notificará por medio de lista que se fije en los estrados de la Unidad de Transparencia.			
9. Dato adicional de contacto:			
Teléfono fijo o celular			
10. Medidas de accesibilidad			
Lengua indígena (para facilitar la traducción, indique el nombre de la lengua y/o el lugar donde habla dicha lengua el solicitante):			
Formato accesible y/o preferencia de accesibilidad derivado de una discapacidad:			
11. Datos con fines estadísticos (opcional)			
Sexo:	F	M	Año de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Ocupación: _____		Escolaridad: _____	
Rango de edad:	15-25	25-35	35-45
	45-55	55 -65	65 o más
¿Cómo se enteró que puede ejercer sus derechos ARCOP?			
Radio	Televisión	Medios impresos	Internet o redes sociales
12. Aviso de Privacidad			
Le invitamos a consultar nuestro aviso de privacidad en el siguiente enlace: https://transparencia.cordoba.gob.mx/avisos-de-privacidad			
<input type="checkbox"/>	He leído y acepto los términos del aviso de privacidad.		

Nombre y firma del solicitante

