

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		
<small>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)</small>				
3. Marque con una X si los datos son de una persona:				
Menor de edad	En estado de interdicción o discapacidad	Fallecida		
<small>Si seleccionó algunas de las opciones anteriores, véase el apartado de "interés", para cumplir con los requisitos según sea el caso.</small>				
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: *				
<small>En caso de que el espacio no sea suficiente, puede anexar las hojas que requiera a la presente solicitud.</small>				



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							
<small>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.</small>							
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							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 100px; height: 20px; margin-right: 10px;" type="checkbox"/> He leído y acepto los términos del aviso de privacidad. </div>							

Nombre y firma del solicitante

