**SOLICITUD PARA EJERCER DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES (ARCO) Y REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

|  |
| --- |
| **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DATOS DEL TITULAR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre (s): | Primer apellido: | Segundo apellido: |
| RFC | CURP | |

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre (s): | Primer apellido: | Segundo apellido: |

**MEDIO PARA DAR RESPUESTA A LA SOLICITUD**

|  |
| --- |
| Correo electrónico: |
| Domicilio particular:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Calle | Núm. Ext. | Núm. Int. | Colonia | | Municipio/ Alcaldía | Estado | Ciudad | Código postal | |

**DETALLES DE LA SOLICITUD**

Seleccione que derecho o derechos ARCO solicita sea ejercido:

Acceso

Cancelación

Revocación

Rectificación

Oposición

Describa de forma clara y precisa los datos personales sobre los que pretende ejercer sus derechos ARCO:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

En caso de solicitar una Rectificación de datos por ser inexactos, incompletos o no estar actualizados, además de lo anterior, favor de indicar las modificaciones a llevarse a cabo. Deberá anexar la documentación que sustente su petición:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Para localizar sus datos con más facilidad y no omitir ninguno:

1. Indique la empresa del Grupo Polar Salud con la cual tuvo relación:

|  |
| --- |
|  |

1. Seleccione la opción correspondiente al tipo de relación que tiene o ha tenido con la empresa:

Paciente

Familiar de un paciente

Colaborador

Excolaborador

Candidato laboral

Proveedor

Otra relación, especifique:

Para ejercer sus derechos debe anexar a esta solicitud:

* Copia de su identificación oficial vigente y con fotografía: credencial del Instituto Nacional Electoral (INE), pasaporte, cartilla del servicio militar nacional, cédula profesional, licencia de conducir expedida en México, documento migratorio FM2 o FM3. Si el titular es menor de edad, también son válidas la credencial otorgada por la institución académica, credencial de afiliación al IMSS/ ISSSTE/ISSFAM y pasaporte.
* Copia de identificación oficial vigente y con fotografía del representante legal, así como el poder notarial correspondiente, declaración en comparecencia personal del titular, o una carta poder firmada ante dos testigos.