

DEPARTAMENTO DE DATOS PERSONALES

FORMATO UNICO PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS ARCO, REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Y/O LIMITACION DE USO O DIVULGACION DE DATOS PERSONALES

Indicaciones para su llenado:

Este formulario debe ser llenado por el titular de los datos personales o por su representante; Deberá llenarlo en forma clara, precisa y sin abreviaturas; Deberá proporcionar de manera completa toda la información que se requiere en este formulario, así como anexar los documentos que usted indique en cada recuadro, esto es para verificar su identidad o la de su representante y estar en posibilidad de atender debidamente su solicitud.

INFORMACION DEL TITULAR

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombre(s): _____

Domicilio: _____

Telefono: _____

Celular: _____

Correo electrónico para notificaciones y respuesta a esta solicitud: _____

Indique con una X dentro del recuadro, el documento que anexa en copia simple y con el que acredita su identidad, mismo que deberá exhibir en original para su cotejo al momento de presentar esta solicitud:

- Credencial del Instituto Federal Electoral.
- Pasaporte.
- Cartilla del servicio Militar Nacional.
- Cédula profesional.
- Cartilla de identidad postal (expedida por SEPOMEX).
- Certificado o constancia de estudios.
- Constancia de residencia.
- Credencial de afiliación del IMSS.
- Credencial de afiliación al ISSSTE.
- Documento migratorio que constate la legal estancia del extranjero en el país.

ACREDITAMIENTO DE IDENTIDAD Y PERSONALIDAD DEL REPRESENTANTE

IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE

En caso de actuar como representante del titular, favor de indicar con una X dentro del recuadro, el documento que anexa en copia simple y con el que acredita su identidad, mismo que deberá exhibir en original para su cotejo al momento de presentar esta solicitud:

- Credencial del Instituto Federal Electoral.
- Pasaporte.
- Cartilla del servicio Militar Nacional.
- Cédula profesional.
- Cartilla de identidad postal (expedida por SEPOMEX).
- Certificado o constancia de estudios.
- Constancia de residencia.
- Credencial de afiliación del IMSS.
- Credencial de afiliación al ISSSTE.
- Documento migratorio que constate la legal estancia del extranjero en el país.

PERSONALIDAD DEL REPRESENTANTE

En caso de actuar como representante del titular, favor de indicar con una X dentro del recuadro, el documento que anexa en copia simple y con el que acredita su personalidad, mismo que deberá exhibir en original para su cotejo al momento de presentar esta solicitud:

- Instrumento público (Poder Notarial).
- Carta poder firmada ante dos testigos.
- Declaración en comparecencia personal del titular.

TIPO DE SOLICITUD

Indique con una X dentro del recuadro, el tipo de derecho que desea ejercitar.

- Acceso Rectificación Cancelación Oposición
 Revocación Limitación de Uso o Divulgación de Datos Personales

DESCRIPCION DE SOLICITUD

Describa en forma clara y precisa su solicitud:

Describa en forma clara y precisa los datos personales respecto de los cuales busca ejercer alguno de los derechos indicados anteriormente:

OTROS ELEMENTOS O DOCUMENTOS DE AYUDA

Indique dentro del recuadro y anexe a esta solicitud la documentación que ayude para: Facilitar la localización de los datos personales; Aquella que considere sustente su solicitud; Aquella que justifique su solicitud. Para el caso de la solicitud del derecho de Rectificación de datos personales, deberá acompañar la documentación que sustente dicho cambio.

FORMA EN LA QUE DESEA RECIBIR CUALQUIER INFORMACION

RECEPCIÓN		REPRODUCCIÓN	
Mensajería	<input type="radio"/>	Copia simple(Con costo)	<input type="radio"/>
En sitio, oficinas corporativas	<input type="radio"/>	Cd(Con costo)	<input type="radio"/>
Correo electrónico	<input checked="" type="radio"/>	USB(Con costo)	<input type="radio"/>
		Digitalizado(Sin costo)	<input checked="" type="radio"/>
		Copia certificada(Con costo)	<input type="radio"/>

Aviso de Privacidad: Los datos personales solicitados para dar respuesta a su solicitud de ejercicio de sus Derechos ARCO, REVOCACION Y/O LIMITACION DE USO O DIVULGACION DE DATOS PERSONALES, son tratados por FARMACIA GUSHER, S.A. DE C.V. con domicilio en Avenida Paseo de los Héroes número 9550, local 27-B, Zona Urbana Rio Tijuana, Tijuana, B.C. México C.P. 22010., con la finalidad única de atender su solicitud.