**Formato de Solicitud de Ejercicio de Derechos ARCO**

**RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:** Arrendamiento Especializado Turístico S.A. de C.V.

**INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |

**DOMICILIO U OTRO MEDIO QUE DESIGNE PARA RECIBIR RESPUESTA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Calle: | Número: |
| Colonia: | Delegación/Municipio: |
| Código Postal: | Entidad Federativa: |
| Teléfono: | Correo electrónico: |

**ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE:**

Con la finalidad de acreditar mi identidad, adjunto copia de uno de los siguientes documentos (ejemplos: credencial para votar, pasaporte, cartilla militar, cédula profesional, licencia para conducir y documento migratorio)

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:** (en caso de ser necesario)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |

**ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL:** (en caso de ser necesario)

A fin de acreditar la identidad y facultades del representante legal se adjunta al presente, copia de los siguientes documentos:

|  |  |
| --- | --- |
| Carta poder firmada ante dos testigos (ratificada ante Notario Público) |  |
| Instrumento Público Número: \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES Y SU REGLAMENTO, SOLICITO:**

**ACCESO:** Solicito el acceso a mis Datos Personales que, a mi entender, obran en sus bases de datos, a saber, en:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECTIFICACIÓN:** Solicito la rectificación o corrección de los siguientes datos, que, a mi entender, obran en sus bases de datos:

|  |  |
| --- | --- |
| Dato incorrecto, inexacto o incompleto: | Dato correcto, exacto o completo: |
|  |  |

Lo anterior, con base en el siguiente documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adjuntar el documento que acredite la rectificación solicitada).

**CANCELACIÓN:** Solicito la cancelación de los siguientes datos, que, a mi entender, obran en sus bases de datos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPOSICIÓN:** Manifiesto mi oposición al tratamiento de los siguientes datos, que, a mi entender, obran en sus bases de datos, por las razones que a continuación expongo: (Describir la situación en la que se produce el tratamiento de sus datos personales y los motivos por los que se opone).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OTROS ELEMENTOS O DOCUMENTOS QUE FACILITEN LA LOCALIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES.**

|  |
| --- |
|  |

Procederemos a atender su petición y en un plazo máximo de 20 (veinte) días contados a partir de la fecha de esta solicitud, le informaremos sobre la procedencia y la realización de este trámite por la vía que usted nos indicó.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre y firme del Titular o Representante Legal | Lugar y fecha. |