



## FORMATO

### Solicitud de Derechos ARCO (Acceso)

FECHA \_\_\_\_\_

Declaración de solicitud del ejercicio del Derecho de Acceso a los Datos de Carácter Personal en posesión de APSI:

YO, \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, manifiesto la voluntad de ejercer el derecho antes señalado, con fundamento en lo dispuesto por el CAPÍTULO IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP).

Datos generales:

Datos del solicitante:	
Nombre	
Apellido paterno	
Apellido Materno	
Teléfono de contacto (opcional):	

Datos Representante Legal (en su caso):	
Nombre	
Apellido paterno	
Apellido Materno	
Teléfono de contacto (opcional):	

Anexar copia simple del documento que acredite la identidad del Representante Legal así como llenar el siguiente formato de carta poder conforme a lo descrito en el Artículo 28 y 29 de la LFPDPPP.

El suscrito \_\_\_\_\_ (el 'Poderdante'), bajo protesta de decir verdad, otorgo en favor de \_\_\_\_\_ (el 'Apoderado'), poder especial a efecto de que ejerza el derecho de acceso a los datos de carácter personal que del Poderdante se encuentre bajo el dominio de APSI, así como para oír y recibir las notificaciones que del mismo deriven.

Documento oficial con el que se identifica el solicitante o representante legal (anexar copia simple)

- Credencial para votar  
 Pasaporte vigente

- Cédula profesional  
 Cartilla de servicio militar



**Formato**  
**Solicitud de Derechos ARCO**  
**(Acceso)**

**FECHA**

---

Medios de Entrega de respuesta

Elija el medio por el cual desea la sea entregada la respuesta a su solicitud:

Correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Correo Postal: En caso de seleccionar este medio, ingresar los siguientes datos:

Calle \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

No interior \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

\* Al elegir este medio, se solicitará el pago de los gastos de envío que correspondan.

Punto de Contacto (PC):

Dirección o Nombre del PC:

---

---

---



Formato

Solicitud de Derechos ARCO  
(Acceso)

FECHA

---

Estoy enterado del tratamiento que recibirán mis datos personales descritos en este documento, en términos de lo establecido en el Capítulo IV de la LFPDPPP.

---

Nombre y Firma del Titular  
(En su caso)

---

Nombre y firma del Representante Legal

Consideraciones:

Se deberá entregar el formulario debidamente completado, anexando una fotocopia de la identificación oficial descrita anteriormente.

Si el dueño de los datos personales, ejerce su derecho a través de representación legal, este deberá aportar además una fotocopia de la identificación oficial del representante legal.

Con la entrega y/o envío del presente formulario, usted otorga su consentimiento y se da por informado de que los datos que voluntariamente facilite a través del mismo serán incorporados en el archivo "Solicitudes de derecho ARCO", cuyo responsable es APSI. La recolección y tratamiento de los datos aquí recabados, tendrá como finalidad la gestión de la solicitud formulada en el presente formato y solo podrán ser transmitidos en términos establecidos en la LFPDPPP.

Este trámite es gratuito, debiendo cubrir el titular los gastos justificados de envío. En caso de que la misma persona reitere su solicitud en un periodo menor a doce meses, APSI podrá solicitar que se cubran los costos de operación y/o reproducción de la información de conformidad a lo establecido en el aviso de privacidad y con fundamento en lo dispuesto por el artículo 35 de la LFPDPPP.

APSI está ubicada en :  
Av. Mariano Otero 5733 Despacho 7.  
Fraccionamiento Arboledas.  
C.P. 45070, Zapopan, Jalisco México.