

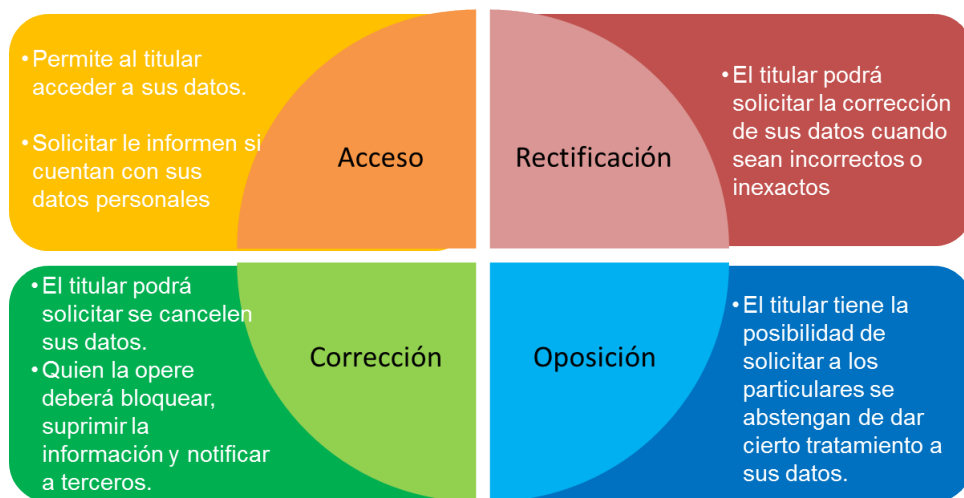
## FORMATOS PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS ARCO



Los Derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición), son un conjunto de derechos que garantizan al ciudadano el poder de control de sus datos personales, siempre que se encuentren en un sistema de datos personales del Partido Revolucionario Institucional en el Estado de Hidalgo.

Este tipo de solicitudes será un requisito indispensable que sea acreditada la personalidad del solicitante (titular) o bien la del representante legal.

Se ponen a disposición de la ciudadanía los 4 formatos para el Acceso, la Rectificación, la Cancelación y la Oposición de datos personales.





**FORMATO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO DE ACCESO A  
DATOS PERSONALES DEL TITULAR**



## SOLICITUD DE ACCESO A DATOS PERSONALES

Folio No. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Día/ Mes/ Año

### SUJETO OBLIGADO AL QUE SE SOLICITA EL ACCESO DE DATOS PERSONALES:

#### DATOS DEL TITULAR

**1.- Nombre completo del Titular:** *(En su caso, nombre del representante legal)*

*Nombre (s)* \_\_\_\_\_ *Apellido Paterno* \_\_\_\_\_ *Apellido Materno* \_\_\_\_\_

**2.- Identificación oficial:** \_\_\_\_\_

(Anexar copia de los documentos que acrediten la identidad del titular, y en su caso, la personalidad e identidad de su representante)

**3.- Domicilio para oír y recibir notificaciones que se ubique en el lugar donde reside el sujeto obligado y/o correo electrónico:**

- *En caso de seleccionar domicilio ingrese los siguientes datos:*

*Calle:* \_\_\_\_\_ *No. Ext.* \_\_\_\_\_ *No. Int.* \_\_\_\_\_

*Colonia/Fraccionamiento* \_\_\_\_\_ *Municipio:* \_\_\_\_\_

*Entidad Federativa:* \_\_\_\_\_ *País:* \_\_\_\_\_ *C.P.* \_\_\_\_\_

- *Correo electrónico del titular de los datos personales o de su representante legal:*

\_\_\_\_\_

En caso de que el titular no señale ningún medio para recibir notificaciones, éstas se realizarán por estrados en la oficina de la Unidad de Transparencia del Sujeto Obligado Responsable.

**4.- Modalidad de reproducción de datos personales:**

*Consulta directa*    *Copia Simple*    *Copia Certificada*   *Otro:* \_\_\_\_\_

**5.- Descripción clara y precisa de los datos personales a los que solicita acceso.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**6.- Señalar cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información opcional**

**DATOS QUE EL TITULAR PUEDE LLENAR DE MANERA OPCIONAL PARA EFECTOS ESTADÍSTICOS**

**Sexo:** Masculino  Femenino  Edad \_\_\_\_\_

**Ocupación:**

Ámbito empresarial  Ámbito Académico  Ámbito Gubernamental  Ámbito de Comunicación   
Otros  \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL TITULAR**

\_\_\_\_\_

**SELLO DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA DEL PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL PRI HIDALGO**

**Conserva este acuse para recibir la respuesta a la solicitud.**



**FORMATO PARA EL EJERCICIO DEL  
DERECHO DE RECTIFICACIÓN A DATOS  
PERSONALES DEL TITULAR**



## SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES

Folio No. \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día/ Mes/ Año

### SUJETO OBLIGADO AL QUE SE SOLICITA LA RECTIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES:

#### DATOS DEL TITULAR

**1.- Nombre completo del Titular:** *En su caso, nombre del representante legal*

*Nombre (s)* \_\_\_\_\_ *Apellido Paterno* \_\_\_\_\_ *Apellido Materno* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2.- Identificación oficial:** \_\_\_\_\_

(Anexar copia de los documentos que acrediten la identidad del titular, y en su caso, la personalidad e identidad de su representante)

**3.- Domicilio para oír y recibir notificaciones que se ubique en el lugar donde reside el sujeto obligado y/o correo electrónico:**

- **En caso de seleccionar domicilio ingrese los siguientes datos:**

*Calle:* \_\_\_\_\_ *No. Ext.* \_\_\_\_\_ *No. Int.* \_\_\_\_\_  
*Colonia/Fraccionamiento* \_\_\_\_\_ *Municipio:* \_\_\_\_\_  
*Entidad Federativa:* \_\_\_\_\_ *País:* \_\_\_\_\_ *C.P.* \_\_\_\_\_

- **Correo electrónico del titular de los datos personales o de su representante legal:**

En caso de que el titular no señale ningún medio para recibir notificaciones, éstas se realizarán por estrados en la oficina de la Unidad de Transparencia del Sujeto Obligado Responsable.

**4.- Escriba los datos personales de los cuales solicita su rectificación:**

- **Datos incorrectos:**

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

- **Datos Correctos**

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

**5.- Además de indicar lo antes señalado, podrá aportar la documentación que sustente su petición (anexar):**

---

---

---

---

**Información opcional**

**DATOS QUE EL TITULAR PUEDE LLENAR DE MANERA OPCIONAL PARA EFECTOS ESTADÍSTICOS**

**Sexo:** Masculino  Femenino  Edad \_\_\_\_\_

**Ocupación:**

Ámbito empresarial  Ámbito Académico  Ámbito Gubernamental  Ámbito de Comunicación   
Otros  \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL TITULAR**

---

**SELLO DE LA UNIDAD TRANSPARENCIA DEL PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL PRI HIDALGO**

**Conserva este acuse para recibir la respuesta a la solicitud.**



**FORMATO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO  
DE CANCELACIÓN A DATOS PERSONALES DEL  
TITULAR**





## SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES

Folio No. \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día/ Mes/ Año

### SUJETO OBLIGADO AL QUE SE SOLICITA LA CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES:

#### DATOS DEL TITULAR

**1.- Nombre completo del Titular:** *(En su caso, nombre del representante legal)* \_\_\_\_\_

*Nombre (s)*                      *Apellido Paterno*                      *Apellido Materno*

**2.- Identificación oficial:** \_\_\_\_\_

(Anexar copia de los documentos que acrediten la identidad del titular, y en su caso, la personalidad e identidad de su representante)

**3.- Domicilio para oír y recibir notificaciones que se ubique en el lugar donde reside el sujeto obligado y/o correo electrónico:**

- *En caso de seleccionar domicilio ingrese los siguientes datos:*

*Calle:* \_\_\_\_\_ *No. Ext.* \_\_\_\_\_ *No. Int.* \_\_\_\_\_

*Colonia/Fraccionamiento* \_\_\_\_\_ *Municipio:* \_\_\_\_\_

*Entidad Federativa:* \_\_\_\_\_ *País:* \_\_\_\_\_ *C.P.* \_\_\_\_\_

- *Correo electrónico del titular de los datos personales o de su representante legal:*

En caso de que el titular no señale ningún medio para recibir notificaciones, éstas se realizarán por estrados en la oficina de la Unidad de Transparencia del Sujeto Obligado Responsable.

**4.- Descripción clara y precisa de los datos personales de los que solicita su cancelación.**

**5.- Señalar las causas que lo motiven a solicitar la supresión de sus datos personales en los archivos, registros o bases de datos del responsable:**





**FORMATO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO DE  
OPOSICIÓN A DATOS PERSONALES DEL TITULAR**



## SOLICITUD DE OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES

Folio No. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día/ Mes/ Año

### SUJETO OBLIGADO AL QUE SE SOLICITA LA OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES:

DATOS DEL TITULAR (*En su caso, nombre del representante legal*)

**1.- Nombre completo del Titular:**

Nombre (s)                      Apellido Paterno                      Apellido Materno

**2.- Identificación oficial:** \_\_\_\_\_

(Anexar copia de los documentos que acrediten la identidad del titular, y en su caso, la personalidad e identidad de su representante)

**3.- Domicilio para oír y recibir notificaciones que se ubique en el lugar donde reside el sujeto obligado y/o correo electrónico:**

- *En caso de seleccionar domicilio ingrese los siguientes datos:*

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_  
Colonia/Fraccionamiento \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

- *Correo electrónico del Titular de los datos personales o de su Representante legal:*

En caso de que el Titular no señale ningún medio para recibir notificaciones, éstas se realizarán por estrados en la oficina de la Unidad de Transparencia del Sujeto Obligado Responsable.

**4.- Descripción clara y precisa de los datos personales de los que se opone a su tratamiento.**

**5.- Manifestar las causas legítimas o la situación específica que lo llevan a solicitar el cese del tratamiento, así como el daño o perjuicio que le causaría la persistencia del tratamiento, o en su caso, las finalidades específicas respecto de las cuales requiere ejercer el derecho de la oposición.**

