

Tipo de derecho.		En cada espacio seleccione la opción deseada.				
<input type="checkbox"/> Acceso	<input type="checkbox"/> Rectificación	<input type="checkbox"/> Cancelación	<input type="checkbox"/> Oposición	<input type="checkbox"/> Revocación		
Datos del Titular de los datos Personales:						
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):				
Teléfono(s) para contacto:			Correo Electrónico:			
Titular de los datos personales:						
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Ex-empleado	<input type="checkbox"/> Otro	<input style="width: 150px;" type="text" value="Especifique"/>		
Documento con el que acredita ser el titular de los datos personales (debe estar vigente)						
<input type="checkbox"/> Credencial para Votar	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Cédula Profesional				
Modalidad en la que prefiere se otorgue la respuesta a su solicitud (seleccionar una opción)						
<input type="checkbox"/> Medios digitales.	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Correo Postal	<input type="checkbox"/> Por escrito-Oficinas de MRIMAGEN MEDICA			
Información adicional relacionada con el derecho que desea ejercer						
Acceso. Derecho del Titular de conocer los datos personales en posesión de la Empresa y su tratamiento:						
Indicar los datos a los que desea tener acceso:						

Rectificación. Derecho del Titular a solicitar la rectificación de sus datos personales por ser inexactos o incompletos.						
Dato Incorrecto: _____						
Dato Correcto: _____						
Documentación que sustenta su petición: _____						
Cancelación. Derecho del Titular a solicitar la cancelación (eliminación) de sus datos personales, a partir de un periodo de bloqueo y su posterior supresión.						
Indicar los datos que desea sean cancelados y la causa de su petición:						

Oposición. Derecho del Titular a oponerse al tratamiento de sus datos personales para determinados fines:						
1. Indicar los datos que desea dejen de ser tratados:						

2. Razones por las que se opone al tratamiento (incluyendo al tratamiento específico que se opone):						

Revocación. Se refiere a la revocación del consentimiento otorgado por el titular para el tratamiento de los datos personales para las finalidades primarias y/o las secundarias.						
1. Indicar para qué finalidades desea revocar el consentimiento:						

2. Razones por las que revoca su consentimiento al tratamiento:						

Todos los datos que proporcione en el presente formato serán utilizados exclusivamente para dar curso a su solicitud de ejercicio de sus derechos ARCO y de conformidad a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, recibirá respuesta a su solicitud en un plazo máximo de 20 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud, de proceder, se hará efectiva dentro de los 15 días hábiles siguientes a que procedió.						

Si el solicitante requiere mayor espacio para anotar y completar la información, podrá escribir al reverso de la solicitud.

Manifiesto que todos los datos escritos en el presente formato son correctos.

Datos y sello de recepción de solicitud.

Nombre y Firma del solicitante.