

## Formato para el Ejercicio de los Derechos ARCO

No de Folio: \_\_\_\_\_

### I. Datos del Solicitante (Titular) o de su Representante Legal

Solicitante (Titular):

\_\_\_\_\_

(Nombres)

\_\_\_\_\_

(Apellido Paterno)

\_\_\_\_\_

(Apellido Materno)

Representante (en su caso):

\_\_\_\_\_

(Nombres)

\_\_\_\_\_

(Apellido Paterno)

\_\_\_\_\_

(Apellido Materno)

- Anexar a esta solicitud la documentación que acredita al Titular (IFE, Pasaporte Vigente, Cédula Profesional, Documento Migratorio).
- Anexar a esta solicitud la documentación que acredita al representante legal del Titular (IFE, pasaporte, cédula profesional, documento migratorio) y la Carta Poder (dato personal) o poder especializado.

### II. Tipo de Solicitud: Seleccione el tipo de Solicitud a realizar con los Datos Personales:

- Acceso** (Acceder a sus datos personales).
- Rectificación** (Rectificar los datos cuando sean inexactos o incompletos).
- Oposición** (Oponerse total o parcialmente al tratamiento de algún (os) dato (s) personal (es))
- Cancelación** (Supresión de datos, previo periodo de bloqueo de los mismos).
- Negativa** de trato/**Revocación** al consentimiento /**Negarse a Transferencia** a los datos personales.

### Aclaración de la acción Solicitada:

(Descripción del tipo de solicitud que desea realizar: incluir acceso a qué datos, descripción de cambios a realizar en los datos (Favor de anexar a la solicitud la documentación que avala el cambio solicitado), datos a cancelar u oposición sobre el manejo de los datos. (Agregar hoja anexa de ser necesario).

---

---

---

---

---

III. A fin de facilitar la localización de la información, favor de especificar el **tipo de relación** que ha tenido con **Medicbook S.A. de C.V**

- Usuario (Periodo): \_\_\_\_\_
- Usuario Registrado (Periodo): \_\_\_\_\_
- Cliente de Publicidad (Periodo): \_\_\_\_\_
- Proveedor (Periodo): \_\_\_\_\_
- Colaborador (Puesto y periodo): \_\_\_\_\_
- Candidato (Periodo): \_\_\_\_\_
- Ex – Colaborador (Puesto y Periodo): \_\_\_\_\_
- Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

IV. **Medios de Contacto** para la Resolución (Marcar con una X)

- Correo Electrónico
- Teléfono
- En el domicilio del responsable

Ingresar el detalle del medio de contacto:

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

V. Lugar y Fecha de la solicitud:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular o del Representante Legal