

SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO
AGROLAGOS, S.A.P.I. de C.V., SOFOM, E.N.R.

FECHA: ____/____/____

Folio. _____

FORMATO PARA SOLICITAR POR EL TITULAR EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS ARCO, ANTES DE REQUISITAR EL PRESENTE FORMATO, FAVOR DE CONSULTAR CON EL RESPONSABLE CUALQUIER INQUIETUD, ESTE PROCESO ES **GRATUITO**. LOS ESPACIOS QUE CONTENGAN * SÓLO DEBERÁN SER LLENADOS EN CASO DE QUE LE SEAN APLICABLES.

_____/_____/____.

Fecha de Recepción

1. DATOS DEL RESPONSABLE

AGROLAGOS, S.A.P.I. de C.V., SOFOM, E.N.R.

DENOMINACIÓN SOCIAL

Domicilio:

Boulevard Campestre

2502 T2, Int. P1 102

El Refugio

Calle

Número exterior-interior

Colonia

León

Guanajuato

Guanajuato

37270

Población

Delegación o Municipio

Entidad Federativa

C.P.

(474) 4031220

coordinador.fiscal@sanfandila.com

Teléfono

Correo Electrónico

Hace de su conocimiento, que en cualquier momento usted podrá ejercer los Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición (DERECHOS ARCO), en relación con sus datos personales en posesión de esta Entidad, conforme a lo establecido en la Ley Federal, Reglamento y Disposiciones de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

2. DATOS DEL TITULAR

Apellido Materno

Apellido Paterno

Nombre (s)

Domicilio:

Calle

Número exterior-interior

Colonia

Población

Delegación o Municipio

Entidad Federativa

C.P.

CURP

RFC

Teléfono

Correo Electrónico

Cotejo de Documentos: ☐ Copia Cotejada Original del INE N° de INE _____

• En caso de Representante Legal:

☐ Copia cotejada Original del INE, N° _____ ☐ Carta Poder Notariada Original

3. DATOS DEL DERECHO QUE DESEA EJERCER

Marcar las opciones de los derechos que desea ejercer

☐ **ACCESO**

☐ **RECTIFICACIÓN**

☐ **CANCELACIÓN**

☐ **OPOSICIÓN**

ACCESO: la modalidad en la que prefiere que se reproduzcan los datos personales solicitados.

RECTIFICACIÓN: las modificaciones que solicita que se realicen a los datos personales, así como aportar los documentos que sustenten la solicitud.

CANCELACIÓN: las causas que motivan la petición de que se eliminen los datos de los archivos, registros o bases de datos del responsable del tratamiento.

OPOSICIÓN: las causas o la situación que lo llevan a solicitar que finalice el tratamiento de sus datos personales, así como el daño o perjuicio que le causaría que dicho

tratamiento continúe; o bien, deberá indicar las finalidades específicas respecto de las cuales desea ejercer este derecho.

4. Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos ARCO:

5. Indicación de los motivos y los puntos petitorios que solicita a través de esta solicitud.

6. Indique el lugar o medio para recibir la notificación de la respuesta a su solicitud.

- ☐ **Correoelectrónico:** _____
- ☐ **Personalmente en el domicilio de** _____ **Ubicado en:**
(_____)
- ☐ **Por correo postal ordinario**
Para esta última, indique el domicilio completo:

Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Delegación/ Municipio	Población
Código Postal	Entidad Federativa	País

7. Listado de Documentos anexos a esta solicitud.

8. Plazos para la atención de su solicitud.

- En un plazo de 20 días hábiles, contados a partir del día siguiente a la recepción de la solicitud, se le informará si procede o no el ejercicio del derecho solicitado.
- En caso de que haya procedido el ejercicio del derecho, se hará efectivo, en un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en el que le haya notificado la respuesta anterior.

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

PARA USO EXCLUSIVO DE (INSERTAR NOMBRE DEL RESPONSABLE)

Sello, fecha, firma y nombre de quien recibió la solicitud.

Sello, fecha, firma y nombre de quien coteja la documentación que se señala en esta Solicitud.