

**SOLICITUD DE EJERCICIO DE REVOCACIÓN DEL
CONSENTIMIENTO AGROLAGOS, S.A.P.I. de C.V., SOFOM, E.N.R.**

FECHA: ____/____/____

Folio. ____

FORMATO PARA SOLICITAR POR EL TITULAR EL EJERCICIO DE LIMITACIÓN Y REVOCACIÓN, 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 limitación y revocación, 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

Nº de INE _____

• En caso de Representante Legal:

☐ Copia cotejada Original del INE, Nº _____.

☐ Carta Poder Notariada Original

3. DATOS DEL DERECHO QUE DESEA EJERCER

Marcar las opciones de los derechos que desea ejercer

Limitar

Revocar

Limitar el uso o divulgación de sus datos personales

o Revocar el consentimiento para el tratamiento de los datos personales

4. Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer de dicha limitación en uso o divulgación:

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.

☐ Correo electrónico: _____

☐ 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 cotejo la documentación que se señala en esta Solicitud,