

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES

Folio Núm. _____

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados son verídicos y reales. Fecha y hora de recepción: ____ / ____ / ____ : ____ Hrs.
día mes año

1. Nombre del Ente al que se solicita la cancelación de datos personales

2. Datos del solicitante *

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

En su caso, nombre del representante legal (anexar documento que lo acredite)

3. Documento oficial con el que se identifica el solicitante o representante legal (anexar copia simple)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Credencial para votar | <input type="checkbox"/> Cédula profesional |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte vigente | <input type="checkbox"/> Credencial de afiliación al IMSS, ISSSTE o INAPAM |
| <input type="checkbox"/> Cartilla de servicio militar | |

4. Lugar o medio para recibir notificaciones

- Correo electrónico _____
(Indique dirección de correo electrónico)
- Acudir a la Oficina de Información Pública Domicilio ⁽³⁾

En caso de seleccionar Domicilio ingrese los siguientes datos

Calle

Núm. Ext.

Núm. Int.

Colonia

Delegación

Código Postal

Estado

País

Número telefónico (opcional)

5. Especifique en forma clara y precisa los datos personales de los que solicita su cancelación*

Indique las razones por las cuales considera que sus datos deben ser cancelados

Si requiere más espacio marque la siguiente casilla y especifique número de hojas Anexo _____ hojas
En caso de anexar documentos probatorios indique el número de hojas. Anexo _____ hojas

Firma del solicitante

**Nombre y firma de quien recibe la
solicitud**

Información opcional para fines estadísticos

Sexo: Femenino Masculino **Edad:** **Nacionalidad:**