

SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN 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. Anote los datos personales de los cuales solicita su rectificación

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:**