



SOLICITUD DE DERECHOS ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición)

DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de VITALOZ, CLINICA ESPECIALIZADA EN OZONO, S.A DE C.V. para efectos de esta solicitud Coworking Médico by Vitaloz, con domicilio en **CALLE XICOTENCATL 190 INTERIOR 1, COLONIA DEL CARMEN, ALCALDIA COYOACAN, C.P. 04100, CIUDAD DE MÉXICO**. La presente solicitud está diseñada para atender en tiempo, forma y fondo el ejercicio de sus derechos ARCO previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante “LFPDPPP”), y su Reglamento. Le recordamos que los derechos ARCO sólo pueden ser ejercidos por el titular o su representante legal, previa acreditación de su identidad, razón por la cual la presente solicitud debe acompañarse copia simple o electrónica legible de su identificación oficial vigente (por ambos lados). Asimismo, le informamos que para que su solicitud proceda es indispensable completar toda la información solicitada, la cual es necesaria para acreditar su identidad, tal y como se señala en los artículos 31, 33 y 34 de la LFPDPPP, así como 89 de su Reglamento.

DATOS DEL TITULAR:

Nombre (s): _____

Apellidos: _____

Domicilio en (calle): _____ Número exterior: _____ Número interior: _____

Delegación o Municipio: _____ Estado: _____

Teléfono principal: _____

Teléfono secundario: _____

Correo electrónico para contacto: _____

Documentación que debe acompañar a su solicitud mediante copia electrónica legible (escaneada) de identificación oficial vigente (Marque con una “X”):

- ☐ Credencial para votar con fotografía No. _____
- ☐ Pasaporte No. _____
- ☐ Cartilla del Servicio militar No. _____
- ☐ Cédula profesional No. _____
- ☐ Credencial de Afiliación del IMSS No. _____
- ☐ Credencial de Afiliación al ISSSTE No. _____
- ☐ Documento migratorio que constata la legal estancia del extranjero al país No. _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (SÓLO SI APLICA):

Nombre (s): _____

Apellidos: _____

*En caso de ser representante legal del titular, deberá acompañar a la presente solicitud: copia electrónica legible (escaneada) del instrumento público correspondiente, o en su caso, carta poder firmada ante dos testigos (marcar la casilla correspondiente).

- ☐ Instrumento Público. Notaría No. _____, No. Instrumento _____
- ☐ Carta poder.

DERECHOS ARCO:

Tipo de solicitud: (Marque con una “X” el o los derechos que desea ejercer)

- ☐ Acceso ☐ Rectificación ☐ Cancelación ☐ Oposición

En el siguiente recuadro deberá indicar sobre qué Datos Personales pretende ejercer los derechos arriba mencionados; así como cualquier otro elemento o información que facilite la localización de los mismos.

Los datos personales que proporciona en la presente solicitud serán tratados por **VITALOZ, CLINICA ESPECIALIZADA EN OZONO, S.A. DE C.V.** para efectos de esta solicitud **Coworking Médico by Vitaloz**, con domicilio en **CALLE XICOTENCATL 190, INTERIOR 1, COLONIA DEL CARMEN, ALCALDIA COYOACAN, C.P. 04100, CIUDAD DE MÉXICO**, para realizar todas las actividades necesarias para atender su ejercicio de Derechos ARCO. En el caso de ejercer la cancelación de sus datos, se realizará el bloqueo y posterior eliminación de dicha información conforme a las disposiciones legales correspondientes. Para mayor información www.vitaloz.com.mx

Nombre completo y firma