# SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACION, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES

Folio Núm. _____

***Este espacio debe ser llenado exclusivamente por personal de INFLALANDIA:*** Fecha y hora de recepción:____/____/ _____ _____:_____Hrs.
día mes año hora minuto

**1. Nombre del Sujeto Obligado al que se solicita la cancelación de datos personales**

**2. Datos del solicitante**

_____
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

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

_____
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

**3. Lugar o medio para recibir notificaciones** (2)

Correo electrónico _____
(Indique dirección de correo electrónico)

☐ Domicilio

En caso de seleccionar domicilio, ingrese los siguientes datos:

_____
Calle Número Ext. Núm. Int.

_____
Colonia Alcaldía

_____ _____
Código Postal Estado País *Núm. Telefónico (opcional)*

**4. Modalidad preferente de entrega de los datos solicitados**

Consulta directa Copia simple Copia certificada Cualquier otro medio incluido los electrónicos Correo electrónico

**5. Indicar a quién corresponden los datos personales**

☐ Titular ☐ Menor de edad ☐ En estado de interdicción o incapacidad ☐ Fallecida

**6. Especifique en forma clara y precisa los datos personales de los que solicita su Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición.**

☐ ☐ ☐ ☐

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

# SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACION, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES

Indique las razones por las cuales considera que sus datos deben someterse al ACCESO, RECTIFICACION, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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 la persona que recibe** |

**7. Medidas de accesibilidad (opcional)**

¿Forma parte de un pueblo indígena? Sí No

Para las personas de habla indígena que deseen la información en su lengua, deberán llenar los siguientes campos:

Nombre de la lengua indígena: _____

Entidad:_____

Municipio o localidad: _____

**Formato accesible y/o preferencia de accesibilidad:**

Braille Macrotipo (letra más grande) Versión en audio de la información

**Información opcional para fines estadísticos**

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

**Ámbito académico:**

Estudiante Profesor Técnico docente Otro:_____
Investigador Profesor e Investigador Trabajador administrativo

**Otros ámbitos:**

Ama de casa Organizaciones no Gubernamentales internacionales Asociación Política Empleado u obrero
Organizaciones no Gubernamentales nacionales Partidos Políticos Sindicatos Ejidatario

Comerciante Asociaciones civiles Cooperativas
Trabajador agrícola Asociación de colonos Instituciones de asistencia privada