|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición de Datos Personales |  |

|  |
| --- |
|  |
| 1. Nombre completo del solicitante / titular (persona a la que pertenecen o refieren los datos personales)
 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre(s) |  Primer apellido | Segundo apellido |
| En su caso, nombre completo del representante:  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre(s) |  Primer apellido | Segundo apellido |
| Deberá acreditarse la identidad del titular y, en su caso, del representante, previo al ejercicio del derecho. |
| 1. En su caso, indique si los datos son de una persona:
 |
| □ Menor de edad | □ En estado de interdicción o incapacidad | □ Fallecida |
| 1. Indique el derecho que desea ejercer (pueden ser uno o más):
 |
| □ Acceso | □ Rectificación | □ Cancelación | □ Oposición |
| Describa con claridad su solicitud y los datos personales respecto de los cuales requiere el ejercicio del derecho ARCO. Para las solicitudes de rectificación, deberá incluir los documentos que avalen la modificación solicitada. Para el ejercicio de cancelación, deberá señalar las causas que lo motivan a solicitar el borrado o eliminación de los datos personales. Para el ejercicio del derecho de oposición, deberá señalar la situación que lo lleva a solicitar que concluya el tratamiento (uso) de los datos, así como el daño que le causaría que se continuara con el mismo, o bien, deberá indicar las finalidades específicas respecto de las cuales solicita que se concluya el tratamiento): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Si la solicitud es de acceso a datos personales, indique cómo requiere el acceso o reproducción de los datos: |
| □ Consulta directa (gratuito)□ Dispositivo de almacenamiento proporcionado por el solicitante (gratuito) | □ Copia certificada (costo)□ Disco compacto (costo)□ Otro (indique cuál):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**□**  Copia simple (costo) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 1. Indique lugar o medios para recibir notificaciones:
 |
| Teléfono fijo o celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y/oAcudir a la Unidad de Transparencia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Domicilio: |  |  |
| Calle | No. exterior | No. interior |
|  |  |  |
| Colonia | Delegación/ Municipio | Población |
|  |  |  |
| Código Postal | Entidad Federativa | País |

En caso de que no se indique algún medio para recibir notificaciones, éstas se realizarán en la Unidad de Transparencia. |
|  |
| 1. Aviso de privacidad.
 |
| El Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco (IPEJAL), con domicilio en Av. Magisterio, número 1155, Col. Observatorio, C. P. 44266, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco; es el responsable del uso y protección de los datos personales que recaba, y al respecto se informa lo siguiente:Los datos personales recabados por el IPEJAL en esta solicitud serán utilizados única y exclusivamente para realizar los trámites administrativos inherentes al ejercicio de los derechos ARCO.Los datos personales recibidos se pueden transferir a terceros como: el ITEI; otros sujetos obligados, en los casos en que el IPEJAL sea incompetente para atender la solicitud. Así como a las autoridades judiciales que así lo requieran en el ejercicio de sus funciones y atribuciones.Se podrá conocer este Aviso de Privacidad Integral a través de nuestra página de internet:<https://pensiones.jalisco.gob.mx/Principal/Transparencia/ConfidencialidadIPEJAL>  |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Firma del Titular/ Solicitante

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del Representante Autorizado (en su caso) Fecha y Hora de Recepción