

		SOLICITUD DE INFORMACION DERECHOS ARCO
Fecha de recepción:		
Hora de recepción:		
Folio asignado:		
PARA USO EXCLUSIVO DEL INSTITUTO		PARA USO EXCLUSIVO DEL INSTITUTO

SUJETO OBLIGADO AL QUE SE DESA REALIZAR LA SOLICITUD		
INSTITUTO DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES DEL ESTADO DE PUEBLA.		
DATOS DEL SOLICITANTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL		
PERSONA FISICA		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
PERSONA MORAL		
DENOMINACION O RAZON SOCIAL		
REPRESENTANTE LEGAL		
Apellido Paterno	Apellido materno	Nombre (s)
En términos del artículo 72, fracción I, inciso a), de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla (LPDPPSOEP), el titular deberá acreditar su identidad a través de identificación oficial. En términos del artículo 72, fracción II, de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla, el representante deberá acreditar su identidad y personalidad presentando: a) Copia simple de la identificación oficial del titular; b) Identificación oficial del representante, e c) Instrumento público, carta poder simple firmada ante dos testigos, o declaración en comparecencia personal del titular. A la solicitud de ejercicio de derechos ARCO se deberá adjuntar copia de los documentos mencionados.		



Calle	Numero exterior	Numero interior
Colona	Municipio	Estado
Código Postal	Teléfono	Correo electrónico

DESCRIPCION DE LOS DOCUMENTOS O INFORMACION SOLICITADA AL INSTITUTO DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES DEL ESTADO DE PUEBLA.

--

MODALIDAD EN LA QUE PREFIERE TENER ACCESO A LA INFORMACION:

(Escriba una "X" la opción deseada)

	Consulta directa
	Copias simple
	Copias Certificadas
	Medios Electrónicos (Anotar correo electrónico o en su caso, establecer si desea la información en soporte físico – disco compacto)



(OPCIONAL) DATOS PARA DEFINIR EL PERFIL DEL SOLICITANTE Y UNICAMENTE PARA FINES ESTADÍSTICOS. Estos datos solo serán utilizados una vez realizado el procedimiento de disociación. (Escriba una "X" delante de la opción elegida)

EDAD ☐ Hasta 39 años ☐ De 40 a 59 años ☐ Más de 60 años GÉNERO ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro	ACTIVIDAD U OCUPACIÓN ☐ Académico o investigador ☐ Empleado ☐ Empresario ☐ Estudiante ☐ Periodista ☐ Profesionista ☐ Otro
--	---

FIRMA DEL TITULAR DE LOS DATOS Y, EN SU CASO, SU REPRESENTANTE LEGAL:

Nombre y firma del titular

Nombre y firma del representante (en su caso)

