

EJERCICIO DE DERECHOS ARCO

_____ (Lugar y fecha)

HOSPITAL PUEBLA.

Atención a: Departamento de Datos Personales.

Solicitud de ejercicio de Derechos ARCO de (Nombre del titular)

Estimados Señores:

Por la presente ejerzo mi derecho de: (marcar con una x)

- Acceso _____
- Rectificación _____
- Cancelación (Bloqueo) _____
- Oposición _____

Para el tratamiento de mis datos personales por las siguientes razones: _____

Para lo cual me identifico con _____
(Señalar el documento con el cual se identifica tales como credencial del IFE, cédula profesional o pasaporte).
Todo ello de conformidad con el aviso de privacidad publicado en
"www.hospitalpuebla.com.mx".

(Registre la información según sea su caso)

Fecha de Ingreso, Egreso: _____

Fecha de Reclutamiento o Selección o contratación: _____

Fecha de Subrogación de Servicio: _____

Fecha y lugar de visita: _____

Descripción clara y precisa de los datos personales respecto a los cuales como titular deseo ejercer alguno de los derechos ARCO: (en caso de ejercer derecho de acceso, describir los documentos o las secciones de los mismos sobre las cuales desea ejercer su derecho)

Atentamente:

Nombre y firma del titular de los datos o su representante legal.