



UNIDAD DE TRANSPARENCIA

**SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN A LOS
DATOS PERSONALES**

Fecha y hora de recepción _____ / _____ / _____ : _____ Hrs.
Día Mes Año

Sujeto Obligado

Datos del Solicitante
Nombre _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Identificación o documento oficial con el que se identifica (Marque con “X”, y deberá acompañar a su escrito copia certificada de su identificación oficial, o en su defecto la original con copia, misma que se le devolverá previo cotejo)

Credencial para votar Cedula Profesional
 Pasaporte (vigente)
 Cartilla del servicio militar (con fecha de expedición no mayor a 5 años)
 Otro
(indique) _____

Forma en que desea recibir notificaciones (Marque con “X”)

Personalmente
 Oficina de la UAI _____
 Estrados _____



UNIDAD DE TRANSPARENCIA

Descripción del dato o datos a los cuales desee tener acceso, rectificar, cancelar u oponerse.

(Para brindarle un mejor servicio, describa con precisión y claridad lo que solicite, se siquiere proporcionar todos los datos que considere faciliten la ubicación de dicha información, si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud, así como los documentos que acrediten la procedencia de la petición)

Forma en que desea recibir la información (Marque con “X”)

- | | | |
|---|-------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Copias simples | _____ | Con costo |
| <input type="checkbox"/> Copias certificadas | _____ | Con costo |
| <input type="checkbox"/> Hojas Impresas | _____ | Con costo |
| <input type="checkbox"/> Disco CD-R | _____ | Con costo |
| <input type="checkbox"/> DVD | _____ | Con costo |
| <input type="checkbox"/> Disquete | _____ | Con costo |
| <input type="checkbox"/> Otro medio (especifique) | _____ | _____ |

Documentos que anexa (solo en caso de no ser suficiente el espacio correspondiente)
