

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

NÚMERO DE CONTROL: \_\_\_\_\_

**I. SUJETO OBLIGADO AL QUE DIRIGE LA SOLICITUD DE EJERCICIO DEL DERECHO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN:** \_\_\_\_\_

**II. DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_

**II. DATOS DEL TITULAR (PERSONA A LA QUE PERTENECEN O REFIEREN LOS DATOS PERSONALES):**  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO EN SU CASO,

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (ANEXAR DOCUMENTO QUE LO ACREDITE)

**III. IDENTIFICACIÓN:** ANEXAR COPIA.

( ) CREDENCIAL PARA VOTAR

( ) PASAPORTE

( ) LICENCIA DE MANEJO

( ) CARTILLA SERVICIO MILITAR

( ) OTRO: \_\_\_\_\_

**IV. LUGAR O MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:**

( ) CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

( ) OFICINAS DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN LABORAL DEL ESTADO DE TLAXCALA (UNIDAD DE TRANSPARENCIA)

( ) DOMICILIO:

CALLE: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: ESTADO: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ TEL/FAX: \_\_\_\_\_

**V. INDIQUE EL DERECHO QUE DESEA EJERCER:**

( ) ACCESO

( ) RECTIFICACIÓN

( ) CANCELACIÓN

( ) OPOSICIÓN

**VI. DESCRIBA CON CLARIDAD SU SOLICITUD Y LOS DATOS PERSONALES RESPECTO DE LOS CUALES REQUIERE EL EJERCICIO DEL DERECHO ARCO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VII. MODALIDAD EN QUE DESEA QUE SE OTORQUE EL TRATAMIENTO A SUS DATOS PERSONALES:**

CONSULTA DIRECTA                       COPIAS SIMPLES                       COPIAS CERTIFICADAS

**VIII. LA PRESENTE INFORMACIÓN SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE PARA FINES ESTADÍSTICOS (OPCIONAL)**

SEXO: (F) (M)

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

**MEDIO POR EL CUAL SE ENTERÓ DE LA POSIBILIDAD PARA EJERCER LOS DERECHOS ARCO**

PRENSA ( )                       RADIO ( )                       TELEVISIÓN ( )                       CARTEL O PÓSTER ( )                       INTERNET ( )  
OTRO: \_\_\_\_\_

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados, en el sistema de datos personales denominado "SOLICITUDES DE DERECHOS ARCO", el cual tiene su fundamento en los artículos 9, 16, 34, 40 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 ,49, 50, 51 y 52 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es la formación e integración de los expedientes relativos a las solicitudes de derechos ARCO, presentadas ante este CENTRO DE CONCILIACION LABORAL DEL ESTADO DE TLAXCALA, y podrán ser transmitidos a las diversas áreas administrativas este sujeto obligado, derivado de la substanciación de las mismas, así como al órgano garante en el estado con relación a los recursos de revisión interpuestos y además de otrastransmisiones previstas en la referida Ley. Además, se le informa que, en caso de no señalar mediopara recibir notificaciones, éstas se realizarán en los estrados de la Unidad de Transparencia y Protección de Datos Personales del CENTRO DE CONCILIACION LABORAL DEL ESTADO DE TLAXCALA, asimismo, se le informa quesus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. La dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en las instalaciones de este sujeto obligado CENTRO DE CONCILIACION LABORAL DEL ESTADO DE TLAXCALA, en las oficinas de la referida Unidad de Transparencia y Protección de Datos Personales del CENTRO DE CONCILIACION LABORAL DEL ESTADO DE TLAXCALA, se encuentra ubicado en Calle 33 Número 203 Interior A, Colonia La Loma Xicohtécatl, Tlaxcala, Tlax. C.P. 90062. Con horario de atención de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes, o al correo transparencia@ccltlax.gob.mx, así mismo a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO