



FODARCH
FOMENTO Y DESARROLLO ARTESANAL
DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

SOLICITUD DE CANCELACION DE DATOS PERSONALES

El titular tendrá derecho a solicitar la cancelación o eliminación de sus datos cuando el tratamiento de los mismos no se ajuste a lo dispuesto en la Ley, resulten inadecuados o excesivos en el sistema de datos personales, o cuando hubiere ejercido el derecho de oposición y éste haya resultado procedente. (Artículo 41 de la Ley de Protección de Datos)

Folio de Reg.

Este espacio debe de ser llenado exclusivamente por personal del Sujeto Obligado

Fecha y hora de recepción:

___ / ___ / ___ (dd/mm/aaaa)
___ : ___ Hrs. (hh:mm)

1.- Nombre del Sujeto Obligado al que se solicita la cancelación de datos personales

2.- Datos del solicitante

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre del representante legal, padre o tutor (anexar documento que lo acredite)

3.- Documento oficial con el que se identifica el solicitante o representante legal (anexar copia simple)

- Credencial IFE
- Pasaporte Vigente
- Cédula Profesional
- Licencia de Conducir
- Cartilla del Servicio Militar

4.- Descripción clara y precisa de los datos personales de los que solicita su cancelación o eliminación

Indique las razones por las que considera que sus datos deber ser cancelados

Cualquier otro elemento que facilite la localización de sus datos

