|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | **FECHA**  **DÍA MES AÑO** | | |
| **FOLIO NÚMERO:** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**De acuerdo con lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento, el Titular realiza el ejercicio de su derecho para Revocar el Consentimiento en los siguientes términos:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. INFORMACIÓN DEL TITULAR** | | |
| **Número de cuenta o contrato** | | |
|  | | |
| **Nombre(s) (Sin abreviaturas)** | **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** |
|  |  |  |
| **RFC con Homoclave** | **CURP** | **E-mail** |
|  |  |  |
| **Teléfono de Casa** | **Teléfono Celular** | **Otro** |
|  |  |  |
| **Fecha de Nacimiento** | **Nacionalidad** | **Estado Civil** |
|  |  |  |
| **Tipo de Identificación** | **Folio** | **Forma Migratoria** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. DOMICILIO DEL TITULAR** | | |
| **Avenida/ Calle** | **Número Exterior** | **Número Interior** |
|  |  |  |
| **Colonia** | **Delegación/Municipio** | **Ciudad / Población** |
|  |  |  |
| **Estado** | **Código Postal** | **País** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL TITULAR**  **(Llenar este apartado únicamente en caso de que el Titular comparezca por medio de su representante legal).** | | |
| **Nombre(s) (Sin abreviaturas)** | **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** |
|  |  |  |
| **RFC con Homoclave** | **CURP** | **E-mail** |
|  |  |  |
| **Teléfono de Casa** | **Teléfono Celular** | **Otro** |
|  |  |  |
| **Fecha de Nacimiento** | **Nacionalidad** | **Estado Civil** |
|  |  |  |
| **Tipo de Identificación** | **Folio** | **Forma Migratoria** |
|  |  |  |
| **DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL TITULAR** | | |
| **Avenida/ Calle** | **Número Exterior** | **Número Interior** |
|  |  |  |
| **Colonia** | **Delegación/Municipio** | **Ciudad / Población** |
|  |  |  |
| **Estado** | **Código Postal** | **País** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. DESCRIPCIÓN DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.** |
| **Por favor indique de manera clara y precisa los datos personales respecto de los que desea revocar su consentimiento, y el motivo por el cual desea revocarlo.** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5. MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA A LA SOLICITUD** | | | |
| **En la oficina en la que realizó la solicitud** |  | **Correo electrónico** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE UNA DE LAS SIGUIENTES IDENTIFICACIONES (ORIGINAL PARA COTEJO Y COPIA SIMPLE) DEL TITULAR Y/O SU REPRESENTANTE LEGAL**. | | | | | | | | | | | |
| **CREDENCIAL PARA VOTAR CON FOTOGRAFÍA** |  | **PASAPORTE** |  | **CARTILLA MILITAR** |  | **CÉDULA PROFESIONAL** |  | **FORMA MIGRATORIA** |  | **PODER NOTARIAL** |  |
| **Nota: En caso de que el solicitante sea el representante legal, deberá adjuntar identificación de él y del titular de la información, así como poder notarial vigente (en original y copia), donde se establezcan sus facultades para solicitar la revocación del consentimiento del Titular.** | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y firma del Titular de los datos personales o de su representante legal.** | **Nombre y firma de la persona que requisita la solicitud.** |
|  |  |
| **Estoy enterado del tratamiento que recibirán mis datos personales en términos de lo establecido en el artículo 8 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO).** | |

**Hacemos de su conocimiento que la presente solicitud será atendida de conformidad con el procedimiento establecido en nuestro Aviso de Privacidad.**