



COORDINACIÓN DE TRANSPARENCIA

AX-CTX-SDAR-FDA-02

FORMATO DE DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES Y PORTABILIDAD

No. de Formato

Nombre del Formato

No. de Folio

A. DATOS DE SOLICITUD (LLENADO EXCLUSIVO POR EL PERSONAL AUTORIZADO)

Fecha de solicitud: ____/____/____
dd / mm / aaa

B. DATOS DEL TITULAR (PERSONA A LA QUE LE PERTENECEN LOS DATOS PERSONALES)

NOMBRE DEL TITULAR:

_____ APELLIDO PATERNO

_____ APELLIDO MATERNO

_____ NOMBRE(S)

DEBERÁ ACREDITARSE LA IDENTIDAD DEL TITULAR Y EN SU CASO DEL REPRESENTANTE, PREVIO EJERCICIO DEL DERECHO. PARA EL CASO DEL REPRESENTANTE, ADEMÁS DEBERÁ ACREDITARSE SU PERSONALIDAD.

REPRESENTANTE LEGAL:
(EN SU CASO)

_____ APELLIDO PATERNO

_____ APELLIDO MATERNO

_____ NOMBRE(S) O RAZÓN SOCIAL

LOS DATOS SON DE UNA PERSONA:

MENOR DE EDAD

EN ESTADO DE INTERDICCIÓN O DISCAPACIDAD

FALLECIDA

SI SELECCIONÓ ALGUNAS DE LAS OPCIONES ANTERIORES, VÉASE EL APARTADO DE "INTERÉS"; PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SEGÚN SEA EL CASO.

DERECHOS QUE DESEA EJERCER:

ACCESO

RECTIFICACIÓN

CANCELACIÓN

OPOSICIÓN

PORTABILIDAD

AUTORIZO RECIBIR CONVOCATORIAS, AVISOS, SOLICITUDES, CUMPLIMIENTOS Y REQUERIMIENTOS DE LA AUTORIDAD MUNICIPAL, ASÍ TAMBIÉN CONSULTAS O NOTIFICACIONES DE CUALQUIER ACTO O RESOLUCIÓN QUE LA AUTORIDAD MUNICIPAL COMPETENTE EMITA A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO QUE A CONTINUACIÓN BRINDO: _____

C. DATOS CON FINES ESTADÍSTICOS (OPCIONAL)

SEXO:

M

F

AÑO DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____

RANGO DE EDAD:

15-25

25-35

35-45

45-55

55-65

65 O MÁS

¿CÓMO SE ENTERÓ QUE PUEDE EJERCER SUS DERECHOS ARCOP?:

RADIO

TELEVISIÓN

MEDIOS IMPRESOS

INTERNET O REDES SOCIALES

D. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

EN CASO DE QUE EL ESPACIO SEA INSUFICIENTE, PUEDE ANEXAR LAS HOJAS QUE REQUIERA A LA PRESENTE SOLICITUD.

E. ÁREA RESPONSABLE

NOMBRE DEL ÁREA RESPONSABLE DEL
TRATAMIENTO EN CASO DE CONOCERLA: _____

> ESTE FORMATO NO DEBE PRESENTAR TACHADURAS, CORRECCIONES O ENMENDADURAS <
ANVERSO

El tiempo de la respuesta de su trámite será de 15 días hábiles, ejerciendo el H. Ayuntamiento una prórroga de 10 días hábiles adicionales.

F. MEDIO PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN Y/O NOTIFICACIONES

SI LA SOLICITUD ES DE DATOS PERSONALES, INDIQUE COMO DESEA EL ACCESO O REPRODUCCIÓN DE LOS DATOS:

CONSULTA DIRECTA

COPIA CERTIFICADA

CORREO ELECTRÓNICO

COPIA SIMPLE

CORREO ELECTRÓNICO:

DOMICILIO PARTICULAR O DE NOTIFICACIONES:

CALLE

No. EXT., INT., LETRA

COLONIA O FRACC.

COD. POSTAL

LOCALIDAD

CIUDAD

ENTIDAD FEDERATIVA

PAÍS

ACUDIR A LA COORDINACIÓN DE TRANSPARENCIA

SISTEMA ELECTRÓNICO HABILITADO

EN CASO DE QUE NO SEÑALE NINGÚN MEDIO, SE NOTIFICARÁ POR MEDIO DE LISTA QUE SE FIJE EN LOS ESTRADOS DE LA COORDINACIÓN DE TRANSPARENCIA.

DATO ADICIONAL DE CONTACTO:

TELÉFONO FIJO O CELULAR

G. MEDIDAS DE ACCESIBILIDAD

LENGUA INDÍGENA (PARA FACILITAR LA TRADUCCIÓN, INDIQUE EL NOMBRE DE LA LENGUA Y/O EL LUGAR DONDE HABLA DICHA LENGUA EL SOLICITANTE:

FORMATO ACCESIBLE Y/O PREFERENCIA DE ACCESIBILIDAD DERIVADO DE UNA DISCAPACIDAD:

H. ATENCIÓN A USUARIOS PARA DUDAS Y CONSULTAS

Nombre de la oficina encargada del trámite o servicio: Coordinación de Transparencia
 Domicilio de la oficina: calle Hidalgo #98, Colonia Centro CP, 91000 Xalapa, Veracruz
 Tel. +52(228) 298.23.87 ext. 6331 transparencia@xalapa.gob.mx

QUEJAS Y SUGERENCIAS

Contraloría del H. Ayuntamiento de Xalapa
 Tel: +52 (228) 842.12.52 contraloria@xalapa.gob.mx

SELLO, FECHA Y NOMBRE DE DEL RESPONSABLE DE RECEPCIÓN

_____/_____/20____
 dd / mm / aaaa

I. ENCUESTA DE CALIDAD DE RECEPCIÓN

¡Ayúdenos a servirle mejor!

Rellene el círculo que corresponda a su calificación de recepción.

1. ¿El tiempo de atención y la información brindada, fueron adecuados?

Muy de acuerdo De acuerdo Parcialmente en desacuerdo Totalmente en desacuerdo

2. Al momento de expresar sus inquietudes, ¿todas sus dudas fueron satisfechas?

Muy de acuerdo De acuerdo Parcialmente en desacuerdo Totalmente en desacuerdo

3. ¿Cómo evaluaría el procedimiento para solicitar información pública en el H. Ayuntamiento de Xalapa?

Muy de acuerdo De acuerdo Parcialmente en desacuerdo Totalmente en desacuerdo

4. De manera objetiva, ¿qué mejora propondría a la operación del trámite?

5. ¿El funcionario le solicitó un apoyo económico para agilizar su trámite o servicio?

Sí () No ()

J. AVISO DE PRIVACIDAD

La Coordinación de Transparencia del H. Ayuntamiento de Xalapa es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcionen, los datos personales que recabamos de Usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades: para realizar el trámite y o servicio que solicite, así como para conformar un expediente y tener el respaldo adecuado de la información con base de datos, elaborar reportes y el cumplimiento de obligaciones de transparencia. De manera adicional, se requiere su consentimiento para que los datos personales proporcionados en el rubro de "Datos que puede proporcionar de manera opcional", sean utilizados para fines estadísticos sin que se haga identificable a los titulares.

Se informa que no se realizarán transferencias que requieran su consentimiento, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, debidamente fundados y motivados. En caso de realizar alguna modificación al Aviso de Privacidad, se le hará de su conocimiento a través del portal de internet de la Comisión: <https://ayuntamiento.xalapa.gob.mx/web/transparencia-y-acceso-a-la-informacion/datos-personales> en la sección de avisos de privacidad.

K. FUNDAMENTO JURÍDICO Y DECLARACIONES DE LA PERSONA SOLICITANTE

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 73 de la Ley número 316 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave y demás relativos del Reglamento de la Administración Pública Municipal vigente, manifiesto BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que si los informes y declaraciones proporcionadas resulten ser falsos, se aplicarán las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de las penas en que incurran aquellos que se conduzcan con falsedad, de acuerdo con los ordenamientos legales aplicables. La actuación administrativa de la autoridad y la de los interesados se sujetará al principio de buena fe.

FIRMA DE LA PERSONA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica y que los documentos que acompaño son auténticos.

L. INFORMACIÓN ADICIONAL

Usted podrá consultar información de interés, recomendaciones de llenado e información general en:

> ESTE FORMATO NO DEBE PRESENTAR TACHADURAS, CORRECCIONES O ENMENDADURAS <