

## SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS ARCO

**KAPPA LABORATORIO CLÍNICO**, con domicilio en **Prolongación 14 Sur No. 6712-B Col. Loma Linda, Puebla, Puebla**; hace de su conocimiento que de conformidad con lo establecido en el Capítulo IV de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares**, usted tiene derecho de ejercer en cualquier momento sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos personales, directamente con el Laboratorio (Derechos ARCO)

De igual manera le informamos que para poder ejercer cualquiera de sus Derechos ARCO, es indispensable que la persona solicitante sea el Titular de los Datos, o bien, su representante legal, por lo que en ambos casos deberá ser acreditada documentalmente la personalidad con la que se ostente.

A continuación se enlista cada uno de los Derechos ARCO con su definición, solicitando que marque con una "X" el cuadro que corresponda al derecho que desea hacer valer, y posteriormente en las líneas subsecuentes, le solicitamos exponer de forma clara y precisa la información a la que desea acceder, ratificar, cancelar u oponer.

**DERECHO DE ACCESO.-** Derecho del Titular a solicitar a Kappa Laboratorio Clínico que le sea informado si en sus bases de datos cuenta con información alguna de sus datos personales.

**DERECHO DE RECTIFICACIÓN.-** Derecho del Titular a solicitar a Kappa Laboratorio Clínico que corrija los datos personales que posee en sus bases, cuando éstos son incorrectos, imprecisos, incompletos o están desactualizados. Deberá exhibir y proporcionar copia simple del documento que justifique la rectificación.

**DERECHO DE CANCELACIÓN.-** Derecho del Titular de solicitar a Kappa Laboratorio Clínico la cancelación de sus datos personales que posea en sus bases. Deberá especificar los datos que requiere que sean cancelados.

**DERECHO DE OPOSICIÓN.-** Derecho del Titular para solicitar a Kappa Laboratorio Clínico que es poseedor sus datos en sus bases, que se abstenga del tratamiento de sus datos en determinadas situaciones. Deberá especificar las razones por las cuales se opone al tratamiento.

(Espacio para exposición):

---



---



---



---

Procederemos a atender su petición y en un plazo máximo de 20 (veinte) días contados a partir de la fecha de solicitud, le informaremos sobre la procedencia por la vía que usted nos indique:

Teléfono	Correo Electrónico	Fax	Notificación a domicilio
----------	--------------------	-----	--------------------------

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO (opcional): \_\_\_\_\_

E-MAIL (opcional): \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

**Nota:** Con fundamento en el artículo 35 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, le recordamos que el ejercicio de sus Derechos ARCO es gratuito, no obstante, el Laboratorio podrá solicitarle el pago únicamente de los gastos justificados de envío o costos de reproducción de la información que solicite.