



FORMATO PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS ARCO

RESPONSABLE: BANCO DEL BIENESTAR, S.N.C., I.B.D.

NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES:

Nombre completo:	
-------------------------	--

DOMICILIO U OTRO MEDIO QUE DESIGNE PARA RECIBIR RESPUESTA:

Calle:	Número:
Colonia:	Alcaldía/Municipio:
C.P.:	Entidad Federativa:
Teléfono:	Ext.:
Deseo recibir notificaciones por correo electrónico:	

ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD:

A fin de acreditar mi identidad, **adjunto copia de la siguiente identificación oficial** (por ejemplo: pasaporte, credencial de elector, cédula profesional):

--

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en caso de que se designe):

Nombre completo:	
-------------------------	--

A fin de acreditar la identidad y facultades del representante legal se adjunta al presente (marcar con una "X" el documento que desea adjuntar):

- Carta poder firmada ante dos testigos.
- Instrumento público No. _____.
- Declaración en comparecencia personal del titular.

Con fundamento en lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y sus Lineamientos, solicitó **(marcar con una "X" el derecho que desea ejercer):**

ACCESO. Solicito el acceso a mis Datos Personales que, a mi entender, obran en sus bases de datos, a saber, en:





RECTIFICACIÓN. Solicito la rectificación o corrección de los siguientes datos, que, a mi entender, obran en sus bases de datos:

Dato incorrecto, inexacto o incompleto:	Dato correcto, exacto o completo:

Lo anterior, con base en el siguiente documento: _____ (incluir documento en el que conste la rectificación solicitada).

CANCELACIÓN. Solicito la cancelación de los siguientes datos, que, a mi entender, obran en sus bases de datos:

OPOSICIÓN. Manifiesto mi oposición al tratamiento de los siguientes datos, que, a mi entender, obran en sus bases de datos, por las razones que a continuación expongo: (favor de describir la situación en la que se produce el tratamiento de sus Datos Personales y mencionar los motivos por los que se opone a dicho tratamiento).

OTROS ELEMENTOS O DOCUMENTOS QUE FACILITEN LA LOCALIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES:

Nombre y Firma del
Titular o Representante Legal

Lugar y Fecha

Notas importantes:

- El **derecho de acceso** es posible cuando el titular desea conocer cuáles de sus datos están sujetos a tratamiento por el **responsable**, el **origen de los mismos**, las **comunicaciones que se han llevado a cabo**, las **finalidades del tratamiento**, el **Aviso de Privacidad que rige el tratamiento y demás condiciones y generalidades del tratamiento**.
- Se cumplirá con el **derecho de acceso poniendo a disposición del titular o su representante los datos solicitados o mediante la entrega de copias simples o en cualquier otro formato, en el domicilio de la Unidad de Transparencia del Banco del Bienestar, S.N.C., I.B.D., ubicado en Río Magdalena, No. 115, Colonia Tizapán San Ángel, Alcaldía Álvaro**





HACIENDA
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO



Banco del Bienestar
El banco de los mexicanos

Obregón, C.P. 01090, en la Ciudad de México, previa identificación del titular o su representante legal.

- La **entrega de los Datos Personales será gratuita**, sin embargo, cabe la **posibilidad que en ocasiones el titular tenga que cubrir los gastos justificados de envío o el costo de reproducción en copias u otros formatos**.
- El **derecho de rectificación** procede cuando **existen datos inexactos o incompletos** en las bases de datos del responsable.
- El titular de los datos deberá indicar los **datos que se deban corregir y aportar la documentación que sustente su petición**.
- El **derecho de cancelación** procede cuando los Datos Personales hayan dejado de ser necesarios para el cumplimiento de las finalidades para las cuales fueron recabados.
- La **cancelación de los Datos Personales** dará lugar a un **periodo de bloqueo tras el cual se procederá a la supresión del dato**.
- De ser **procedente la cancelación** de los datos **el responsable deberá identificarlos y conservarlos exclusivamente con el propósito de determinar posibles responsabilidades nacidas del tratamiento**.
- El periodo de bloqueo será equivalente al **plazo de prescripción** de las acciones derivadas de la **relación jurídica que funda el tratamiento**.
- En caso de haber existido previamente una **comunicación de datos a otro responsable o encargado**, el responsable le hará llegar la información necesaria a que se refiere la presente solicitud.

