

Solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición a los Datos Personales.



Fecha y hora de recepción ____ / ____ / ____ : ____ Hrs.
Día mes año

Sujeto Obligado

Datos del Solicitante

Nombre _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Identificación o documento oficial con el que se identifica (Marque con "x", y deberá acompañar a su escrito copia certificada de su identificación oficial, o en su defecto la original con copia, misma que se le devolverá previo cotejo)

- Credencial para votar Cédula profesional
 Pasaporte (vigente)
 Cartilla del servicio militar (con fecha de expedición no mayor a 5 años)
 otro (indique) _____

Forma en que desea recibir notificaciones (Marque con "x").

Personalmente

- Oficina de la UAI _____
- Estrados _____

Descripción del dato o datos a los cuales desee tener acceso, rectificar, cancelar u oponerse.



Instituto Tabasqueño de Transparencia
y Acceso a la Información Pública

(Para brindarle un mejor servicio, describa con precisión y claridad lo que solicite, se sugiere proporcionar todos los datos que considere faciliten la ubicación de dicha información, si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud, así como los documentos que acrediten la procedencia de la petición).

Forma en que desea recibir la información (Marque con "x")

- Copias simples _____ Con costo
- Copias certificadas _____ Con costo
- Hojas Impresas _____ Con costo
- Disco CD-R _____ Con costo
- DVD _____ Con costo
- Disquete _____ Con costo
- Otro medio (especifique) _____

Documentos que anexa (solo en caso de no ser suficiente el espacio correspondiente)
