

# FORMATO PARA RECLAMO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES



FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

TIPO DE OPERACIÓN QUE DESEA REALIZAR CON RELACIÓN A SUS DATOS PERSONALES:

ACTUALIZACIÓN       CORRECCIÓN       ELIMINACION

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

INE       PASAPORTE       LICENCIA DE CONDUCIR

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

DATOS PERSONALES SUMINISTRADOS A DOCS AT WORK S.A. DE C.V., QUE SON MATERIA DEL RECLAMO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS QUE DAN LUGAR AL RECLAMO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿DESEA ADJUNTAR ALGÚN DOCUMENTO QUE DEMUESTRE LOS ANTERIORES HECHOS?

SÍ  NO  CUAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA: \_\_\_\_\_

Nota: 1. El presente formato para su validez y atención, debe ser firmado y enviado a [informes@docsatwork.org](mailto:informes@docsatwork.org), quien como responsable de los datos personales dará el trámite correspondiente al reclamo dentro de los términos definidos por la ley contados a partir del día siguiente a la fecha de su recibo.

2. Todos los campos deben ser diligenciados.

3. Si el reclamo resulta incompleto, DOCS AT WORK S.A. DE C.V., requerirá al interesado dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción para que subsane las fallas. Transcurridos dos (2) meses desde la fecha del requerimiento sin que el solicitante presente la información requerida, se entenderá que ha desistido del reclamo.