

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, 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.