Gobierno de Chilpancingo de los Bravo 2024 • 2027

Unidos, Chilpancingo Renace

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE DE CHILPANCINGO DE LOS BRAVO, GUERRERO 2024-2027

UNIDAD DE TRANSPARENCIA

Formato de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de Datos Personales

Folio:

Este espacio debe ser llenado exclusivamente por Personal del Sujeto Obligado

Fecha y hora de recepción: ____ /____ /_____ ____:____ Hrs
día mes año

1. Motivo de la Solicitud

Marque con una "X" la casilla o casillas que correspondan al procedimiento que solicita

☐ Acceso ☐ Rectificación ☐ Cancelación ☐ Oposición

2. Documento oficial con el que se identifica el solicitante o representante legal

☐ Credencial del INE ☐ Pasaporte ☐ Cartilla del Servicio Militar

☐ Cédula Profesional ☐ Credencial de Afiliación (IMSS, ISSSTE) ☐ Carta Poder o notarial

3. Datos del solicitante o de su representante legal

Solicitante: _____
Apellido Paterno *Apellido Materno* *Nombre(s)*

En caso de persona moral: _____
Denominación o Razón Social

Representante (en su caso): _____
Apellido Paterno *Apellido Materno* *Nombre(s)*

Domicilio: _____
Calle *No. Int.* *No. Ext*

_____
C.P. *Municipio* *Estado*

Correo electrónico: _____ **Teléfono:** _____

4. Sujeto Obligado a la que solicita:

5. Forma en la que desea le sea entregada la información:

Elija con una "X" la opción deseada:

Personalmente o a través de su representante legal ☐ *el domicilio de la Unidad de Transparencia del Sujeto Obligado – sin costo.*

Mensajería ☐ *siempre y cuando el solicitante, al presentar su solicitud, haya cubierto o cubra, el pago del servicio de Mensajería respectiva.*

Correo Electrónico ☐ *a través del correo electrónico proporcionado.*

Por correo certificado ☐ *Con costo*

En caso se seleccionar por mensajería o correo certificado, favor de proporcionar los siguientes datos:

_____
Calle *No. Int.* *No. Ext* *C.P.* *Municipio* *Estado*

Elija como quiere que se reproduzca su información:

Copias simples: _____ Copias certificadas: _____ Otra forma: _____