



SOLICITUD DE CANCELACION DE DATOS PERSONALES.

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia en el municipio de Manzanillo.



Folio: _____

Este espacio es llenado por el personal de la Institución:	Fecha y Hora recepción:	____/____/____ (dd/mm/aaaa) ____:____ Hrs. (hh:mm)
--	-------------------------	---

1.- Nombre del Área a la que le Solicita la Cancelación de Datos Personales:

2.- Datos del Solicitante:

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre del representante legal (anexar documentos que lo acrediten)

3.- Documento oficial con el que se identifica el solicitante o representante legal (marcar x la copia):

- Credencial del INE.
- Pasaporte.
- Credencial de afiliación (ISSSTE, IMSS, INAPAM).
- Cédula Profesional.

5.- Especifique en forma clara y precisa los Datos personales de los que solicita su cancelación:

6.- Indique las razones por las cuales considera que sus datos deben ser cancelados:

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma del Servidor Público que recibe la solicitud

Estoy enterado (a) del tratamiento que recibirán mis datos personales en términos de lo establecido en el artículo 7 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Colima.