

Solicitud del derecho de Oposición a Datos Personales
(Formato Autorizado para su presentación por Escrito)

Folio Número:	_____
Fecha y hora de recepción:	____/____/____ : ____ hrs. día mes año

AVISO IMPORTANTE:

Antes de llenar el presente formato, revise el aviso de privacidad del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Morelos, el cual se encuentra a su disposición en el sitio electrónico seguropopular.morelos.gob.mx o a través de la Unidad de Transparencia.

1.- Nombre de la Entidad, Dependencia y Área en posesión de los datos personales:

2.- Datos del Solicitante

_____ Primer Apellido	_____ Segundo Apellido	_____ Nombre (s)
--------------------------	---------------------------	---------------------

Información Estadística: Los siguientes datos son útiles para fines estadísticos, por lo que agradecemos tu participación.

Ocupación:

<input type="checkbox"/> Empresario	<input type="checkbox"/> Servidor público	<input type="checkbox"/> Empleado u obrero
<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	<input type="checkbox"/> Asociación política	<input type="checkbox"/> Organización no gubernamental
<input type="checkbox"/> Comerciante	<input type="checkbox"/> Académico o estudiante	<input type="checkbox"/> Otro _____ (especifique)

3.- Documento oficial de identificación del solicitante.

Marcar con una "X" el documento que se presenta para acreditar identidad. (Se deberá anexar copia simple de la identificación oficial).

<input type="checkbox"/> Credencial para votar (INE)	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir
<input type="checkbox"/> Cédula profesional	<input type="checkbox"/> Cartilla del Servicio Militar Nacional	<input type="checkbox"/> Otra identificación oficial con fotografía

4.- Datos de personalidad y representación.

¿Actúa a nombre propio o en representación de un tercero? Marcar con una "X" la opción deseada.

<input type="checkbox"/> A nombre propio.	<input type="checkbox"/> En representación de un tercero. Marcar con una "X" la opción deseada.	<input type="checkbox"/> Persona física.	<input type="checkbox"/> Persona moral o jurídico colectiva.
---	---	--	--

Datos de Representación

Nombre del Representado (nombre y apellidos en caso de persona física / nombre o razón social en caso de personas morales o jurídico colectivas).

_____ Registro Federal de Contribuyentes (RFC)
_____ Clave Única de Registro de Población (CURP)

Documento con el cual se acredita identidad del representado

Documento que acredita la representación

Vigencia

Solicitud del derecho de Oposición a Datos Personales
(Formato Autorizado para su presentación por Escrito)

5.- Medio para oír y recibir notificaciones.

Elija con una "X" la opción deseada y complete la información necesaria para la procedencia del medio de su elección:

A. Personal. Por favor indique la opción en la cual se deberá llevar a cabo la notificación.

I	II
---	----

I. En domicilio particular:

Calle: _____ No. exterior: _____

No. Interior Colonia o localidad: _____ Delegación o Municipio: _____

C.P.: _____ Entidad Federativa (Estado): _____ País: _____

II. Notificación en la Unidad de Transparencia.

B. Correo electrónico.

Dirección de correo electrónico: _____

C. Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Morelos.

D. Correo certificado (con costo).

E. Lista publicada en estrados.

Autorización de personas.

Manifiesto que es mi voluntad autorizar a las siguientes personas, para que a mi nombre: I. Oigan y reciban notificaciones/ II. Reciban documentos.

Nombre del autorizado	Tipo de autorización
1.	
2.	
3.	

Nombre del autorizado	Tipo de autorización
4.	
5.	
6.	

6.- Solicitud de rectificación.

Elija con una "X" la opción deseada o complete la información necesaria para la procedencia de su solicitud:

Nombre de los Datos Personales en el (los) que se solicita la oposición:	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

El ejercicio de mi derecho de oposición comprende todos los datos personales que obren en posesión del Sujeto Obligado

6.1.- Descripción clara y precisa de los datos personales sobre los que se opone a su tratamiento:

6.2.- Motivos o razones que sustentan la solicitud.

Solicitud del derecho de Oposición a Datos Personales
(Formato Autorizado para su presentación por Escrito)

6.3.- Información Adicional, complementaria o aclaratoria (cualquier otro motive que justifique su oposición).	
7.- Firma o huella dactilar del solicitante	
<p>Manifiesto que es mi voluntad llevar a cabo la presente solicitud de oposición, en la que me fue facilitado el aviso de privacidad con anterioridad, el cual he leído y entendido, por lo que acepto las condiciones a las cuales se encuentra sujeto el tratamiento de mis datos personales y la firma o huella dactilar que se imprime en este formato, constituye autorización expresa para los efectos previstos en el aviso de privacidad referido.</p>	
<p>_____</p> <p>Firma o huella dactilar del solicitante</p>	