

Datos personales del Solicitante (Titular)

Nombre(s): _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Número de empleado: _____

Domicilio del Solicitante (Titular)

Calle: _____ Núm. Ext.: _____ Núm. Int.: _____

Colonia: _____ Entre Calle: _____ y _____

Entidad Federativa: _____ Delegación o Municipio: _____

Datos de Identificación del Solicitante (Titular)
(Agregar copia legible de la Identificación)

Tipo de Identificación Oficial vigente: _____ Núm. de Documento: _____

Datos del Representante Legal (Sólo llenar en caso de que aplique)
(Adjuntar copia legible de la Identificación y de la documentación que acredite fehacientemente la representación legal)

Nombre(s): _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Tipo de Identificación Oficial vigente: _____ Núm. de Documento: _____

Medios Alternos de Notificación

Correo electrónico: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Teléfono Celular: _____

Tipo de Solicitud

Acceso: _____ Rectificación: _____ Cancelación: _____ Oposición: _____

Seleccionar campo a ejercer Derecho

Nombre: _____

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Sexo (Masc./Fem.): _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____

Estado civil: _____

Fecha de matrimonio: _____

Número de hijos: _____

Número de dependientes: _____

Clave del documento de identificación: _____

Domicilio: _____

Tiempo de vivir en el domicilio actual: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Ocupación: _____

Actividad económica: _____

Sector Económico: _____

Número de Afiliación al IMSS: _____

Antigüedad en el empleo: _____

Monto de los ingresos: _____

RFC: _____

CURP: _____

Todos: _____

Otro: _____

Antecedente breve que origine la Solicitud

Descripción clara y precisa de la Solicitud

Fecha de la solicitud y firma del Solicitante

Fecha de la Solicitud: _____ Nombre y Firma del Solicitante: _____