

GRUPOHABITA	Formato	CÓDIGO	
	Solicitud de Derechos ARCO (Empresa del Grupo Habita)	VERSIÓN	1
		FECHA	

<b>Nombre del Titular:</b>
Nombre del Representante: (En su caso)
<b>Domicilio:</b>
Calle: Número Interior: Número Exterior: Colonia: Delegación o Municipio: Código Postal: País: Correo electrónico: *Teléfono(s): *Fax:

Yo, ....., en mi carácter de:

- Titular de los Datos Personales,
- o
- Representante legal

Declaro bajo protesta de decir verdad: (i) que soy mayor de edad y que cuento con plena capacidad jurídica para obligarme u obligar a mi representado/a en los términos de la presente solicitud; (ii) que todos los datos asentados en la presente solicitud ciertos y exactos; (iii) que todos los documentos que se adjuntan a la presente solicitud, sean en original o copia, en formato impreso o digital, son auténticos y lícitos, y (iv) que la entrega de mis datos personales y/o de los documentos que se anexan tienen como propósito el ejercicio de mi derecho de:

ACCESO    RECTIFICACION    CANCELACION    OPOSICION

En términos de los artículos 23 y 29 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP) y 89, 90, 101 y demás aplicables de su Reglamento.

**Documento oficial con el que acredita su identidad el Titular de los Datos Personales**

El documento debe presentarse en original o copia certificada ante **(EMPRESA DEL GRUPO HABITA)** para su cotejo con la copia simple en formato impreso o digital.

<input type="checkbox"/> Credencial para votar	<input type="checkbox"/> Cédula profesional
<input type="checkbox"/> Pasaporte vigente	<input type="checkbox"/> Otros Especificar: _____

**Medios de Entrega de respuesta**

Elija una de las opciones correspondientes al medio por el cual desea le sea entregada la respuesta a su solicitud:

- Correo electrónico indicado en la carátula de la presente solicitud.
- Correo electrónico distinto al de la carátula de la presente solicitud: \_\_\_\_\_.
- Correo postal a la dirección indicada en la carátula de la presente solicitud.
- Correo postal a dirección distinta de la indicada en la carátula de la presente solicitud. Por favor complete los datos siguientes:

Calle:	_____	No. Exterior:	_____
No. Interior:	_____	Colonia:	_____
Código Postal:	_____	Delegación:	_____
Estado:	_____	Ciudad:	_____
País:	_____		

**NOTA:** En las opciones de Correo Postal, se le solicitará el pago de los gastos de reproducción y envío que correspondan según lo previsto en los artículos 35 de la LFPDPPP y 93 de su Reglamento.

- Presencial en oficinas: (Indicar la dirección completa donde se entregara de forma presencial la respuesta a la solicitud de derecho ARCO).

**Solicitud:**

- a) Especifique en forma clara y precisa los datos personales de los que solicita ejercer su derecho:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

b) Indique las razones por las que desea ejercer su derecho (cancelación / oposición a finalidades específicas / rectificación de datos específicos):

---

---

---

---

---

---

c) Documentación para sustentar su solicitud

---

---

---

---

El/los documentos debe(n) presentarse en original o copia certificada ante **(EMPRESA DEL GRUPO HABITA)** para su cotejo con la copia simple en formato impreso o digital.

Si requiere más espacio marque la siguiente casilla y especifique número de hojas que requiere  
 Anexo \_\_\_\_\_ hojas

Nombre del Titular:

Nombre del Representante Legal:  
(En su caso):

Firma Autógrafa	<input type="checkbox"/> Pulse el botón - Acepto expresamente los términos y condiciones de la presente solicitud
-----------------	--

## Representante Legal

En caso de que la solicitud sea presentada por el representante legal del titular de los datos se deberá presentar la información y documentación que se describe en el apartado que elija:

Original del poder notarial, en formato impreso o digital con la firma electrónica avanzada del fedatario público que lo emitió, y la identificación oficial del mandatario y del titular de los datos. Estos documentos son cotejados y devueltos al representante legal en las instalaciones de **(EMPRESA DEL GRUPO HABITA)** o le son enviados vía correo postal, para lo cual deberá cubrir el costo correspondiente.

Poder notarial e identificación oficial del mandatario y del titular de los datos escaneados y entregados bajo protesta de decir verdad de que los documentos son auténticos y lícitos.

Original de la carta poder firmada autógrafamente por el titular de los datos, el representante legal y los testigos, con sus identificaciones oficiales. Las identificaciones oficiales son cotejadas y devueltas al representante legal en las instalaciones de **(EMPRESA DEL GRUPO HABITA)** o le son enviados vía correo postal, para lo cual deberá cubrir el costo del envío.

Carta poder e identificación oficial del titular de los datos, del representante legal, así como de los testigos, escaneados y entregados bajo protesta de decir verdad de que los documentos son auténticos y lícitos.

---

---

**CARTA PODER**

Señor/a

Mandatario/a:

Por medio de la presente, le otorgo un poder especial, amplio, cumplido y bastante, en términos de ley para que, en mi nombre y representación lleve a cabo las gestiones conducentes ante **(EMPRESA DEL GRUPO HABITA)** para tener acceso a la información sobre el tratamiento dicha empresa esté dando a mis datos personales y las circunstancias esenciales del tratamiento, así como para oír y recibir las notificaciones conducentes derivadas del ejercicio de mi derecho de:

ACCESO     RECTIFICACION     CANCELACION     OPOSICION

El presente poder se otorga de conformidad con lo dispuesto en los artículos 28 y 29 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y del artículo 2554 del Código Civil Federal y de su correlativo del Código Civil para el Distrito Federal.

Lugar y fecha

**Nombre y firma del Titular de los Datos**

\_\_\_\_\_

Mandante

Domicilio:

Nombre y firma del Testigo

Nombre y firma del Testigo

\_\_\_\_\_

Domicilio

\_\_\_\_\_

Domicilio

**Nombre y firma del Mandatario**

\_\_\_\_\_

Domicilio:

---

**Documentos para acreditar identidad:**

Titular de los datos:

Credencial para votar

Cédula profesional

Pasaporte vigente

Otros  
Especificar:

---

Representante Legal:

Credencial para votar

Cédula profesional

Pasaporte vigente

Otros  
Especificar:

---

Testigo:

Credencial para votar

Cédula profesional

Pasaporte vigente

Otros  
Especificar:

---

Testigo:

Credencial para votar

Cédula profesional

Pasaporte vigente

Otros  
Especificar:

---