

**Solicitud de Ejercicio de Derechos ARCO**

Folio (*)

** Este folio deberá ser asignado a la recepción de la solicitud.

Datos del Titular (solicitante) (*)

Nombre completo¹	Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)		
Medio de Contacto para Resolución (Marcar con X la opción aplicable)				<input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo Certificado (con costo adicional) <input type="checkbox"/> Presencial en las oficinas o puntos de venta <input type="checkbox"/> Teléfono					
Ingresar el detalle del medio de contacto									

Especificar Unidad (nombre y número)	
---	--

1. Anexar a esta solicitud la documentación que acredita al Titular. (INE, pasaporte vigente, cédula profesional, documento migratorio)

Datos del Representante Legal, en caso de aplicar (*)

Nombre completo²	Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)		

2. Anexar a esta solicitud la documentación que acredita al representante legal del Titular (INE, pasaporte vigente, cédula profesional, documento migratorio) y la carta poder (dato personal) o poder especializado (dato personal sensible).

Razón social de la Empresa a la que dirige su solicitud (Marcar con X la opción aplicable) (*)									
<input type="checkbox"/> Servicios Gastronómicos Gigante <input type="checkbox"/> Restaurantes Toks <input type="checkbox"/> Operadora y Administradora de Restaurantes Gigante <input type="checkbox"/> Servicios Toks (SET) <input type="checkbox"/> Instituto Toks <input type="checkbox"/> Controladora y Operadora de Inmuebles <input type="checkbox"/> Caja de Ahorro <input type="checkbox"/> Operadora de Café y Chocolate de Especialidad <input type="checkbox"/> Alta Alimentación Gigante <input type="checkbox"/> Operadora RC <input type="checkbox"/> Beer Factory de México <input type="checkbox"/> Sinergia Corporativa en Logística y Almacenamiento									

Tipo de Solicitud (*) (Marcar con X la opción aplicable)	Revocar el Consentimiento			
	<input type="checkbox"/> Acceso	<input type="checkbox"/> Rectificación	<input type="checkbox"/> Cancelación	<input type="checkbox"/> Oposición

Tipo de Titular e identificador (*) (Marcar con X la opción aplicable)	<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Colaborador (a)	<input type="checkbox"/> Ex colaborador (a)
--	----------------------------------	------------------------------------	--	---

Descripción del tipo de solicitud que desea realizar: incluir acceso a qué datos, descripción de cambios a realizar en los datos (favor de anexar a la solicitud la documentación que avala el cambio solicitado), datos a cancelar u oposición sobre el manejo de los datos (*)

--

Deseo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de conformidad con el Capítulo III y Capítulo IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

Lugar y fecha de emisión de la solicitud (*)

(*) DATO OBLIGATORIO

Firma del solicitante (*)

Para Uso Exclusivo de la Empresa

Fecha en que se contactará al Titular para dar respuesta a la solicitud	
---	--

Área responsable de la atención de la solicitud

Nombre de la Base de Datos (repositorio de datos)	
Nombre del Tercero con el que se comparten los datos (Si aplica)	

Motivos de Rechazo

Nos permitimos hacer de su conocimiento que debido a

Describir brevemente el motivo de la posible cancelación

Por tal motivo le informamos que cuenta con un plazo de **5 días hábiles** a partir de la fecha de expedición de este documento para presentar la información o documentación solicitada, en caso de no recibir respuesta, automáticamente se dará por cancelada su solicitud ARCO.

Firma del Oficial de Privacidad