

Solicitud para ejercer derechos ARCO

Instrucciones para llenar el presente documento:

- Los campos que contengan asterisco (*) son obligatorios.
- Se debe anexar copia de toda la documentación solicitada en el presente formato
- Si la solicitud no se encuentra completa, H-E-B podrá solicitar datos adicionales en un plazo de cinco días hábiles
- El titular contará con diez días hábiles para atender el requerimiento, contados a partir del día siguiente en que lo haya recibido. De no dar respuesta en dicho plazo, se tendrá por no presentada la solicitud.
- H-E-B comunicará al titular, en un plazo máximo de veinte días hábiles contados desde la fecha en que se recibió la solicitud, la determinación adoptada.

Fecha y hora de recepción: ___/___/___ (DD / MM / AAAA) ___:___ hrs		Folio:
1. Datos del solicitante *		
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
En su caso, nombre del representante legal (anexar documento que lo acredite)		
<input type="checkbox"/> Instrumento público donde conste la Representación	<input type="checkbox"/> Carta poder firmada ante dos testigos	<input type="checkbox"/> Declaración en comparecencia del titular
2. Documento oficial con el que se identifica el solicitante o representante legal * Anexar copia simple		
<input type="checkbox"/> Credencial para votar	<input type="checkbox"/> Cartilla de identidad postal (SEPOMEX)	<input type="checkbox"/> Credencial de afiliación al ISSSTE
<input type="checkbox"/> Pasaporte vigente	<input type="checkbox"/> Certificado o constancia de estudios	<input type="checkbox"/> Documento migratorio
<input type="checkbox"/> Cartilla del servicio Militar Nacional	<input type="checkbox"/> Constancia de residencia	
<input type="checkbox"/> Cédula profesional	<input type="checkbox"/> Credencial de afiliación del IMSS	
3. Medio para recibir notificaciones * Estos datos se ocuparán únicamente para dar seguimiento y respuesta a la solicitud		
<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____	<input type="checkbox"/> Acudir a la Unidad de Información	
<input type="checkbox"/> Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Celular: _____	
4. Relación del solicitante con HEB *		
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Socio / ex socio / candidato
5. Derecho ARCO que se desea ejercer *		
<input type="checkbox"/> Acceso	<input type="checkbox"/> Rectificación	<input type="checkbox"/> Cancelación
		<input type="checkbox"/> Oposición
Ejercicio del derecho de Acceso. Ingresar datos a los que se requiere obtener acceso		
_____ _____ _____		
Ejercicio del derecho de Rectificación. Ingresar datos que desean modificarse		
Dato incorrecto	Dato correcto	Documentación soporte presentada
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Ejercicio del derecho de Cancelación. Ingresar datos que desean cancelarse		
Datos que desean cancelar	Justificación	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Ejercicio del derecho de Oposición. Ingresar datos a los que se desea oponer el consentimiento		
Dato que se desea oponer	Finalidad a la que se desea oponer	Perjuicio ocasionado por el tratamiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
6. Recepción de solicitud por parte del responsable		
Firma del solicitante (al entregar solicitud)	Firma de responsable (al recibir solicitud)	
_____	_____	
7. Recepción de respuesta formal por parte del titular		
Fecha de recepción de respuesta	Firma del solicitante (al recibir respuesta)	Firma del responsable (al entregar respuesta)
_____	_____	_____