SiGEM

Sistema de Gestión de Equipamiento Médico

Solicitud de ejercicio de derechos ARCO

Tipo de solicitud

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

Datos personales del solicitante (Titular)

Nombre(s): _____

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Número de empleado: _____

Tipo de identificación oficial vigente: _____ Núm. de documentos: _____

Datos personales del solicitante (Titular)

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

Colonia: _____ Entre calle: _____ Y _____

Entidad Federativa: _____ Delegación o Municipio: _____

Datos del representante legal

Nombre(s): _____

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Tipo de identificación oficial vigente: _____ Núm. de documentos: _____

Datos del representante legal

Correo electrónico: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Teléfono celular: _____

Selecciona campo a ejercer derecho *

Nombre: _____
Apellido paterno: _____
Apellido materno: _____
Calle: _____
No. exterior: _____
No. interior: _____
Colonia: _____
Delegación o Municipio: _____

Código Postal: _____
Ciudad: _____
Estado: _____
País: _____
Teléfono particular: _____
Teléfono celular: _____
Teléfono oficina: _____
Correo electrónico: _____

Descripción especifica de la solicitud

Fecha de la solicitud y firma del solicitante

Fecha de la solicitud: _____ Nombre y firma del solicitante: _____

* Algunos de los datos solicitados en la forma del registro no aplican.