**FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**   |  |  | | --- | --- | | Titular de los datos personales: | Representante legal, en su caso: | |  |  | | Nombre(s): | Nombre(s): | |  |  | | Apellido Paterno: | Apellido Paterno: | |  |  | | Apellido Materno: | Apellido Materno: | |

**II. MEDIO PARA OIR O RECIBIR NOTIFICACIONES**

1. Correo electrónico: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. En el domicilio de la Unidad de Transparencia
3. Personalmente
4. Correo registrado con acuse de recibo
5. Servicio de mensajería

***Para los incisos c, d y e, se requiere el domicilio para recibir las notificaciones:***

Calle:

Número exterior: Número Interior (en su caso):

Colonia: Código Postal:

Localidad: Municipio: Estado:

***En caso de no señale ningún medio, se notificará por medio de lista que se fije en los estrados de la Unidad de Transparencia.***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **III. DERECHO QUE DESEA EJERCER**  Acceso Rectificación  CancelaciónOposición |

|  |
| --- |
| **IV. DESCRIPCIÓN CLARA Y PRECISA DE LA SOLICITUD, INDIQUE CUAQUIER DATO QUE FACILITE SU TRÁMITE Y/O LOCALIZACIÓN:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***En caso de que el espacio no sea suficiente, puede anexar las hojas que requiera a la presente solicitud.*** |

|  |
| --- |
| **V. NOMBRE DEL ÁREA RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, EN CASO DE CONOCERLA:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **VI. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD.**  1. En caso de acudir el representante:   * Fotocopia de identificación oficial del titular: Sí ( ) No ( ) * Instrumento público: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   2. En caso de que se hayan requerido hojas adicionales para la descripción de su solicitud, especifique cuántas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  3. En caso de anexar alguna otra información que considere importante, especificar cuántas hojas y el contenido de ellas a continuación:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **VII. MODALIDAD PARA LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN**  Sin costo:   1. Consulta física en la unidad. 2. A través de medio electrónico proporcionado por el solicitante. 3. Copia simple, hasta 20 hojas.   Con costo:   1. Copia simple, a partir de la hoja 21. 2. Copia certificada 3. Correo registrado 4. Mensajería   Otros medios, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **En caso de requerir la información con alguna de las siguientes características, indicar la información requerida:**   1. Lengua indígena:   Denominación de la lengua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. Discapacidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **VIII. DATOS CON FINES ESTADÍSTICOS (OPCIONAL)**  Escolaridad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (fijo o celular): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  CURP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: (F) (M)  ¿Cómo se enteró que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición?  Radio ( ) Televisión ( ) Medios impresos ( ) Internet ( )  Otro medio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**A. INFORMACIÓN DE INTERÉS Y RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO.**

1. Para el ejercicio de los derechos A.R.C.O. se debe acreditar la de identidad del titular o del representante legal, en su caso, de acuerdo a las disposiciones legales aplicables.
2. Señalar nombre completo sin abreviaturas o sobrenombres.
3. Identificar el derecho que desea ejercer, de acuerdo a lo siguiente:
   * Acceso: Solicitar información y/o obtener los datos personales en posesión de terceros.
   * Rectificación: Corregir o modificar datos personales cuando resulten inexactos, incompletos, inadecuados o excesivos.
   * Cancelación: Eliminar datos personales cuando el tratamiento y finalidades para el cual fueron recabados haya fenecido o no se ajuste a lo establecido en la Ley.
   * Oposición: Objetar el tratamiento de datos personales para evitar un daño, perjuicio o se produzcan efectos no deseados.
4. En el apartado IV; si se tratase de una rectificación, deberá incluir documentación oficial que sustente su petición; en el caso de la cancelación, expresar las causas que motivan la supresión del tratamiento de los datos y; para lo referente a la oposición se indicaran los motivos que la justifican y el daño o perjuicio que causaría si continuará su tratamiento, en el supuesto de ser parcial se señalarán las finalidades específicas a las que se oponga.

**B. INFORMACIÓN GENERAL.**

* Este formato se puede reproducir en cualquier tipo de papel y se debe presentar en la Unidad de Acceso a la Información Pública de la Secretaría de Salud, con domicilio en Plaza Macuiltepetl, Morelos 76, Local 17, Zonas Centro, Código Postal 91000, Xalapa, Veracruz, en horario de 8:00 a 15:00 y 16:00 a 18:00 horas.
* En caso de requerir información adicional para dar trámite a su solicitud, la Dirección de Transparencia podrá requerir al solicitante; por única vez y dentro de los 5 días hábiles subsecuentes a la recepción, información adicional o corrección de algún dato dentro de los 10 días hábiles siguientes. En este supuesto el pazo de respuesta de 15 días hábiles se iniciará cuando se cuente con los elementos necesarios para dar trámite a la solicitud.
* Contra la negativa de dar trámite a la solicitud, por falta de respuesta, información que consideré incompleta o cualquier situación que considere que vulnere sus derechos A.R.C.O., procederá la interposición del recurso de revisión, ante el Instituto Veracruzano de Acceso a la Información.
* Para sugerencias, dudas o quejas ponemos a su disposición el teléfono (228) 8173321 o el correo electrónico: uaip@ssaver.gob.mx.

**Aviso de Privacidad**

La Secretaria de Salud de Veracruz, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades: a) establecer los principios, bases para garantizar el derecho de acceso a la información, b) hacer exigible el derecho de acceso a la información, c) hacer valido el derecho de obtener información, consultar documentos, obtener copia o reproducción gráfica, electrónica simple o certificada, d) resolver los posibles procesos de recursos revisión derivados de las solicitudes de información e) impugnar las respuestas de los sujetos obligados en materia de acceso a la información pública f) Para el ejercicio de los derechos A.R.C.O. acreditar la de identidad del titular o del representante legal.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para la siguiente finalidad que es necesaria, pero que nos permite y facilita brindarle una mejor atención: elaboración de informes o estadísticas.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo mediante el correo electrónico uaip@ssaver.gob.mx.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la dirección electrónica: [https://www.ssaver.gob.mx/transparencia/informacion-publica-de-oficio-articulo-8-ltyaip/aviso-de-privacidad/](https://www.ssaver.gob.mx/transparencia/informacion-publica-de-oficio-articulo-8-ltyaip/aviso-de-privacidad/" \t "_blank)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y firma**