SOLICITUD DE DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y/U OPOSICIÓN (ARCO) DE DATOS PERSONALES

FOLIO (Campo reservado para registro del sujeto obligado)	FECHA DD	MM	AAAA

INFORMACIÓN GENERAL

Este formato de solicitud se puede reproducir en cualquier tipo de papel y deberá llenarse con letra molde a tinta azul, o bien, digitalmente, completando todos aquellos datos obligatorios y condicionados acorde al tipo de titular y a las necesidades de su solicitud, describiendo nombres completos evitando usar abreviaturas o sobrenombres.

La solicitud debe presentarse en original y copia en las oficinas de Servicios de Salud de Veracruz en la Unidad de Acceso a la Información Pública, con domicilio en Plaza Macuiltepec, Morelos 76, Local 17 zona centro, código postal 91000, Xalapa, Veracruz en horario de 8:00 a 15:00 y de 16:00 a 18:00 horas

Para sugerencias, dudas o quejas ponemos a su disposición el teléfono 228-817-3321 o el correo electrónico: uaip@ssaver.gob.mx

Los campos marcados con [*] son obligatorios conforme a lo establecido en la Ley 251 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (*LPDPPSOEVER*).

I. NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR *, 1

Indique con una **X** en el recuadro correspondiente si quien solicita ejercer sus derechos ARCO es una persona física o moral, además de indique el nombre de la persona física o moral a la que pertenecen los datos personales, según corresponda.

☐ *Persona física* ☐ *Persona moral*

*Nombre(s) o pseudónimo**	*Primer apellido**	*Segundo apellido**

II. NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE 2

Indique el nombre del representante del Titular de los datos personales, según sea el caso.

Requisito opcional según corresponda.

Nombre(s)	*Primer apellido*	*Segundo apellido*

III. LUGAR O MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES *, 3

Indique un domicilio del titular, o del representante en su caso, para recibir notificaciones al respecto.

Calle*			
Núm. Exterior*		Núm. Interior	
Colonia*		Código Postal *	

Municipio* | Estado*

IV. DATO ADICIONAL PARA CONTACTO

Indique uno o más medios de contacto de su preferencia para recibir notificaciones, según sea el caso.

Requisito opcional según corresponda.

Número Telefónico	
Correo Electrónico	

*O, indique con una **X** si prefiere o no acudir a la Unidad de Transparencia del Sujeto obligado/Responsable.* ☐ SI ☐ NO

V. IDENTIDAD ESPECÍFICA DE LA PERSONA FÍSICA TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

Indique con una **X** si los datos son de una "*niña, niño o adolescente*" o persona "*fallecida*", según sea el caso.

Requisito opcional según corresponda.

☐ **Niña, Niño o Adolescente** [4] ☐ **Persona fallecida** [4]

NOTA:
Si seleccionó alguna de las opciones de identidad específica, necesitará cumplir con los requisitos indicados en el apartado de "Información de Interés".

VI. IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO OBLIGADO / RESPONSABLE *

Indique a qué Sujeto obligado o Responsable, es decir qué institución, solicita el ejercicio del derecho de Acceso, Rectificación, Cancelación y/u Oposición; así como el área interna respectiva.

Nombre completo del **Sujeto obligado** o responsable _____

Nombre de **área responsable** que trata los datos personales _____

VII. DERECHOS QUE DESEA EJERCER PARA SUS DATOS PERSONALES *,

Indique uno o más Derechos ARCO que desea ejercer y continúe en el apartado correspondiente.

☐ **Acceso**	☐ **Rectificación**	☐ **Cancelación**	☐ **Oposición**
En el caso de una solicitud de acceso, no será indispensable especificar los datos personales. Solo indique cómo requiere el acceso o reproducción de los datos y si requiere una modalidad de accesibilidad especifica. Describa en los campos del apartado **VIII.**	Para las solicitudes de rectificación, se sugiere incluir los documentos que avalen la modificación solicitada. Se sugiere utilizar documentos oficiales. Describa en los campos del apartado **IX.**	Para el ejercicio de cancelación, deberá señalar las causas que lo motivan a solicitar el borrado o eliminación de los datos personales. Se sugiere especificar a qué datos personales se refieren. Describa en los campos del apartado **X.**	Para el ejercicio del derecho de oposición, deberá señalar la situación que lo lleva a solicitar que concluya el tratamiento (uso) de los datos, así como el daño que le causaría que se continuara con el mismo, o bien, deberá indicar las finalidades específicas respecto de las cuales solicita que se concluya el tratamiento. Describa en los campos del apartado **X.**

Los campos marcados con [**] son obligatorios conforme a lo establecido en la *LPDPPSOEVER*, si su solicitud es de **Derecho de Acceso.**

VIII. SOLICITUD DE ACCESO A DATOS PERSONALES [8]

Indique con una marca, las formas de acceso preferentes para su solicitud. En caso de requerirlo, marque y especifique la modalidad de accesibilidad que necesite.

Así mismo, si considera necesario, describa brevemente su solicitud de *Acceso*.

FORMA DE ACCESO O REPRODUCCIÓN DE SU SOLICITUD **

En caso de existir costos para obtener la información, deberán cubrirse de manera previa a la entrega.

Las cuotas de los derechos aplicables están establecidas en el Código de Derechos para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, para los sujetos obligados.

En caso de considerar que el interesado no está en posibilidades de cubrir los costos de reproducción y/o envío, indique en un escrito libre con el título "*Solicitud bajo protesta de decir verdad, para exentar pago por reproducción y/o envío por circunstancias socioeconómicas*", exponiendo sus razones para que sean valoradas por la Unidad de Acceso a la Información Pública y anéxelo a la presente solicitud.

DESCRIPCIÓN DE SU SOLICITUD DE *ACCESO*

Los campos marcados con [***] son obligatorios
conforme a lo establecido en la *LPDPPSOEVER*, si su solicitud es de **Derecho de Rectificación.**
Utilice esta página del formato, por cada uno de los datos personales con los que desee ejercer su **Derecho de Rectificación**.

IX. SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN ***

Describa el derecho de Rectificación que pretende ejercer, o bien, lo que solicita la persona titular. *

Indique el dato personal del que desee ejercer su derecho, transcribiendo primero, el dato personal inexacto, incompleto o desactualizado y posteriormente, describiendo la *Rectificación* o corrección del dato personal.

Transcripción del dato personal inexacto, incompleto o desactualizado	
Descripción del dato personal Rectificado/Corregido	
Enliste que documento(s) oficial(es) anexara como soporte de comprobación	

Los campos marcados con [***] son obligatorios, si su solicitud es de **Derecho de Cancelación y/u Oposición.**
Utilice esta página del formato, por cada uno de los datos para los que desee ejercer su **Derecho de Cancelación y/u Oposición**.

X. SOLICITUD DE CANCELACIÓN Y/U OPOSICIÓN ***

Con relación a una solicitud de *Cancelación*, deberá señalar las causas que la motiven a solicitar la Cancelación (Supresión) de sus datos personales en los archivos, registros o bases de datos del responsable.

En el caso de ejercer el derecho de *Oposición*, deberá manifestar las causas legítimas o la situación específica que la llevan a solicitar el cese en el tratamiento, así como el daño o perjuicio que le causaría las persistencias del tratamiento o, en su caso, las finalidades especificas respecto de las cuales requiere ejercer el derecho de O*posición*.

Indique lo correspondiente, dependiendo de cuál sea su solicitud.

Precise el dato personal del que desea ejercer su derecho de Cancelación u Oposición.

Aviso de Privacidad Simplificado para atender las solicitudes de Acceso a la Información, derechos ARCO y los procesos de recursos de revisión

La Secretaria de Salud de Veracruz (SESVER), con domicilio en calle Soconusco # 31 Col. Aguacatal, Código postal 91130, en la ciudad de Xalapa Enríquez, Ver. Es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

FINALIDADES PRINCIPALES

Los datos personales que recabemos de usted serán utilizados 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.

Los datos podrán ser utilizados para:

- Elaboración de informes o estadísticas.

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

Para mayor información relacionada con el tratamiento de datos personales y de los derechos que puede hacer valer (Derechos ARCO: Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición), puede consultar el Aviso de Privacidad Integral a través de la siguiente dirección electrónica: https://www.ssaver.gob.mx/transparencia/1260-2/avisos/.

Nombre y firma del solicitante

INFORMACIÓN DE INTERÉS

1. Para el ejercicio de los derechos ARCO se debe acreditar la identidad del titular o del representante, en su caso, de acuerdo a las disposiciones legales aplicables.

2. Identificar el o los derechos que desea ejercer, de acuerdo a lo siguiente:

Acceso	Rectificación	Cancelación	Oposición
Acceder a sus datos personales que obren en posesión del responsable, así como conocer la información relacionada con las condiciones y generalidades de su tratamiento.	Solicitar la rectificación o corrección de sus datos personales, cuando estos resulten ser inexactos, incompletos o no se encuentren actualizados.	Solicitar la cancelación de sus datos personales de los archivos, registros, expedientes y sistemas del responsable, a fin de que los mismos ya no estén en su posesión y dejen de ser tratados por este último.	Podrá oponerse o exigir el cese del mismo cuando aun siendo lícito el tratamiento su persistencia le cause un daño o perjuicio; sus datos personales sean objeto de un tratamiento automatizado, el cual le produzca efectos jurídicos no deseados o afecte de manera significativa sus intereses, derechos o libertades.

3. En el caso del representante, se deberá presentar el documento en el que constan sus facultades de representación:

- Instrumento público o carta poder simple firmada ante dos testigos, anexando copia simple de las identificaciones oficiales de quienes intervengan en la suscripción del mismo o la declaración en comparecencia personal del titular.

4. Para el ejercicio de derechos ARCO de niñas, niños y adolescentes, o de una persona fallecida, se deberá presentar la siguiente documentación, según sea el caso:

a) Niñas, niños y adolescentes:

<u>En el caso de que los padres tengan la patria potestad de las niñas, niños y adolescentes, y sean los que pretendan ejercer el derecho ARCO, deberán presentar los siguientes documentos:</u>

1) Acta de nacimiento de la niña, niño o adolescente;
2) Identificación oficial del padre o de la madre que pretenda ejercer el derecho.
3) Carta en la que se manifieste, bajo protesta de decir verdad, que el padre o madre, según sea el caso, ejerce la patria potestad del menor, y que no se encuentra dentro de alguno de los supuestos legales de suspensión o limitación de la misma.

<u>Si la patria potestad la ejerce una persona distinta a los padres, y ésta es quien pretende ejercer el derecho ARCO, deberá presentar los siguientes documentos:</u>

1) Acta de nacimiento de la niña, niño o adolescente;
2) Documento legal que acredite la posesión de la patria potestad;
3) Identificación oficial de quien ejerce la patria potestad y presenta la solicitud.

4) Carta en la que se manifieste, bajo protesta de decir verdad, que ejerce la patria potestad del niñas, niños y adolescentes; y que no se encuentra dentro de alguno de los supuestos legales de suspensión o limitación de la misma.

a) Niñas, niños y adolescentes:

Cuando el derecho ARCO lo pretenda ejercer el tutor del niñas, niños y adolescentes, deberá presentar los siguientes documentos:

1) Acta de nacimiento de la niña, niño o adolescente;
2) Documento legal que acredite la tutela;
3) Identificación oficial del tutor.
4) Carta en la que se manifieste, bajo protesta de decir verdad, que ejerce la tutela, y que no se encuentra dentro de alguno de los supuestos legales de suspensión o limitación de la misma.

b) Personas fallecidas:

1) Acta de defunción;
2) Documento que acredite el interés jurídico de quien pretende ejercer el derecho, e
3) Identificación oficial de quien solicita el ejercicio del derecho.

5. Describir y anexar cualquier otro elemento o documento legible que facilite la localización de los datos personales, en su caso.

6. Las solicitudes para el ejercicio de los derechos ARCO deberán presentarse ante la Unidad de Acceso a la Información Pública de Servicios de Salud de Veracruz a cargo del tratamiento de los datos personales.

7. En caso de que la solicitud no satisfaga algunos de los requisitos, se prevendrá a la persona solicitante dentro de los 5 días siguientes a la presentación por una sola ocasión, para que subsane las omisiones dentro de un plazo de 10 días contados a partir del día siguiente de la notificación, transcurrido el plazo sin presentar los requisitos solicitados, se tendrá por no presentada la solicitud.

8. La prevención tendrá el efecto de interrumpir el plazo que tienen los responsables, para resolver la solicitud.

9. El responsable tiene un plazo que no excederá de 20 días contados a partir del día siguiente a la recepción de la solicitud; el cual podrá ser ampliado por una sola vez hasta por 10 días cuando así lo justifiquen las circunstancias.

10. En caso de resultar procedente el ejercicio de los derechos ARCO, el responsable deberá hacerlo efectivo en un plazo que no exceda los 15 días contados a partir del día siguiente en que se haya notificado la determinación de la Solicitud de derechos ARCO a la persona titular.

11. Contra la negativa de dar trámite a la solicitud, por falta de respuesta, información que considere incompleta o cualquier situación que vulnere sus derechos ARCO, procederá la interposición del recurso de revisión, ante la Contraloría General del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.