



**INSTITUTO ESTATAL DE CIEGOS**  
**SOLICITUD DE ACCESO A DATOS PERSONALES**

<b>Datos del Solicitante:</b>		
_____	_____	_____
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
<b>Representante:</b> (en su caso, anexas documento que lo acredite)		
_____	_____	_____
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno

\_\_\_ **En caso de que señale domicilio para recibir notificaciones:**

_____	_____	_____
Calle	No. exterior/interior	Colonia C.P.

\_\_\_ **En caso de que señale correo electrónico:**

\_\_\_\_\_

Correo electrónico

\_\_\_ **En caso de que señale estrados:**

El domicilio en que se le notificará cualquier actuación, será en los estrados del domicilio ubicado en la calle Agustín Vera 915, Colonia del Valle, C.P.78250, San Luis Potosí, S.L.P., con un horario de 08:00 a 15:00 horas de lunes a viernes, con número de teléfono tel 444 813 09 28, para cualquier comentario, duda y/o sugerencia.

**En su caso, indique si los datos solicitados son de una persona:**

Menor de edad \_\_\_      Estado de Interdicción \_\_\_      Fallecida \_\_\_

\_\_\_ Manifiesto mi voluntad a la(s) siguiente(s) persona(s), para que en mi nombre oiga(n) y reciba(n) notificaciones y documentos.

**En caso de que señale esta opción, manifestar el nombre de la persona**

\_\_\_\_\_

**Documento oficial con el que se identifica el solicitante o representante legal (anexas copia)**

\_\_\_ Credencial INE      \_\_\_ Pasaporte vigente      \_\_\_ Cédula Profesional

\_\_\_ Otro especifique \_\_\_\_\_

**Forma en que solicita le sea entregada la información:**

\_\_\_ Consulta física      \_\_\_ copia simple      \_\_\_ copia certificada

\_\_\_ Medio magnético (aportar el medio)      \_\_\_ Correo electrónico (aportar el medio)

**AVISO DE PRIVACIDAD CORTO**

En cualquiera de los formatos generados por el Instituto Estatal de Ciegos, en los que se recaben datos de carácter personal, el Instituto será el Responsable de su tratamiento; y serán utilizados para fines lícitos y adecuados a las atribuciones del Instituto Estatal de Ciegos, los cuales podrán ser transmitidos a otras dependencias y entidades de la administración pública en los niveles municipales, estatales o federales, cuyos objetivos y atribuciones sean afines a las del Instituto Estatal de Ciegos, asimismo, se les informa que la instancia para poder ejercer cualquier derecho acceso, rectificación, cancelación u oposición y portabilidad sobre el tratamiento de sus datos personales (derecho ARCOP), podrá ser solicitado directamente en la Unidad de Transparencia perteneciente del Instituto Estatal de Ciegos, ubicado en el domicilio de Agustín Vera No.915, colonia del Valle, C.P. 78250, San Luis Potosí, San Luis Potosí, y/o comunicarse al tel 444 81 09 28

**Descripción clara y precisa de la base de datos o documento en donde se encuentren los datos personales solicitados:**

Con el fin de brindar un mejor servicio, además de describir la información que solicita, se sugiere proporcionar todos los datos que considere, facilitan la búsqueda de dicha información. Si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud.

---

---

---

---

---

**Cualquier otro detalle o documento que facilite la búsqueda.**

---

---

---

**Documentos anexos:**

---

---

---

**Nota:** El acceso no siempre puede ser proporcionado por la modalidad intentada, por lo que la respuesta, de manera fundada y motivada se le podrá sugerir otra vía. En caso de que no se encuentre conforme con la respuesta y considere que la modalidad solicitada sí es procedente, le asistirá el derecho de interponer recurso de revisión en contra de la respuesta que le hubiere sido proporcionada. El acceso gratuito por medios electrónicos, eventualmente podrá requerir un pago de derechos previo, cuando la información solicitada no se encuentre disponible en medio electrónico y no exista obligación de la entidad para conservarla en dicho medio, por lo que para la procedencia del derecho de acceso por la vía intentada, deberá cubrirse el derecho relativo a la digitalización de los documentos o registros seleccionados.

\_\_\_\_\_  
Nombre y/o firma y/o huella del solicitante  
Protesto lo necesario

Manifiesto que es mi voluntad llevar a cabo la presente solicitud de acceso, en la que me fue facilitado el aviso de privacidad con anterioridad, el cual he leído y entendido, por lo que acepto las condiciones a las cuales se encuentra sujeto el tratamiento de mis datos personales y la firma o huella dactilar que se imprime en este formato, constituye autorización expresa para los efectos previstos en el aviso de privacidad referido