

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES

Folio Núm: _____		
<i>Este formato debe de ser lleando con letra de molde.</i>		
Fecha y hora de recepción: ____/____/____ : ____ Hrs. día mes año		
1. Nombre del Responsable al que solicita cancelación de datos personales		
2. Datos del solicitante *		
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido Materno
En su caso, nombre del representante legal (anexar documento que lo acredite)		
3. Documento oficial con el que se identifica el solicitante o representante legal (anexar copia simple) *		
Credencial para votar Pasaporte vigente Cartilla de servicio militar Cédula profesional Otro ____ ____ ____ ____ ____		
Especificar _____		
4. Lugar o medio para recibir notificaciones		
Correo electrónico _____		
Acudir a la oficina de la Unidad de Transparencia _____		Domicilio _____
En caso de seleccionar domicilio ingrese los siguientes datos		
_____ Calle	_____ Núm. Ext.	_____ Núm. Int.
_____ Colonia o Fraccionamiento	_____ Estado	_____ Código Postal
_____ Número telefónico (opcional)		
5. Especifique en forma clara y precisa los datos personales de los que solicita su cancelación *		
Introduzca las razones por las cuales considera que sus datos deben de ser cancelados		

Estoy enterado del tratamiento que recibirán mis datos personales en términos de lo establecido en el artículo 40 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Durango.	
_____ Firma del solicitante	
INFORMACIÓN GENERAL	
Los datos personales marcados con un asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá tenerse por presentada su solicitud. En caso de que el solicitante no señale ningún medio para recibir notificaciones, éstas se realizarán por estrados de la Unidad de Transparencia.	
Los plazos para la atención de las solicitudes de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos personales se encuentran establecidos en el artículo 47 de la LPDPPSOED	
Respuesta a solicitud de acceso a datos personales	15 días hábiles
Si se hace uso de la prórroga	10 días hábiles
En su caso, prevención para aclarar y completar la solicitud	5 días hábiles
Para el caso de incompetencia	3 días hábiles
En el supuesto de que Usted esté inconforme con la respuesta o considere que la misma contiene información que no cumple con sus pretensiones, procede el recurso de revisión, que podrá presentar en un plazo de quince días hábiles, contados a partir del día siguiente de su notificación, ante el Instituto Duranguense de Acceso a la Información y de Protección de Datos Personales, sitio en calle Negrete No. 807 Oriente, Zona Centro, en esta ciudad de Durango, Dgo., teléfonos: (618) 8-11-77-12 y 01800 581-72-92, o bien, al correo electrónico www.idaip.org.mx o ante el Responsable de la Unidad de Transparencia de Secretaría de Finanzas y de Administración, sito en Boulevard Felipe Pescador No. 800 Poniente Zona Centro, en la ciudad de Durango, Dgo., C.P. 34000, al correo electrónico finanzas.transparencia@durango.gob.mx en términos de los artículos 53, 92, 95, 101 y 102 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Durango.	