

SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO

Se presenta esta Solicitud ante el Sujeto Obligado denominado OPD Servicios de Salud Jalisco

Solicitante			
Nombre del Solicitante de Información	Maria Reyna	Aguilar	Castellanos
	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Documento de identificación	INE		
Representante legal (opcional)			
	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

Datos de contacto para recibir notificaciones por el Sujeto Obligado OPD Servicios de Salud Jalisco

Correo electronico	mariaahuibr905@gmail.com
--------------------	--------------------------

Manifiesto que es mi voluntad y estoy conforme con recibir todas las notificaciones relativas a la presente solicitud, en la dirección de correo electronico señalada, en el entendido que en caso de no revisarlo dicha omisión será mi responsabilidad, así mismo, se me informa que la respuesta a mi solicitud donde obre el acceso, rectificación, cancelación u oposición a mis datos personales debe ser recibida de manera presencial.

Domicilio	Av./ Calz./Calle	Fernando Amilpa		
	Número Exterior	2304	Número Interior	2304
			Otro	
	Colonia/Fracc.	Guadalupe Norte		
	Municipio	Guadalajara		
	Estado	Jalisco		
	C.P.	44220	otro dato de referencia	
Teléfono de contacto (opcional)	331313 081			

Descripción de la información que se solicita

Con el fin de brindar un mejor servicio, además de describir la información que contienen los datos personales a los cuales solicitas acceder, rectificar, cancelar u oponerte a su tratamiento, por lo que te sugerimos proporcionar todos los datos que consideres necesarios para facilitar la búsqueda de la información, así mismo, puedes adjuntar al presente cualquier anexo o bien las hojas que consideres necesarias para describir la solicitud de ejercicio de derecho ARCO en caso de que el espacio sea insuficiente para la descripción.

TIPO DE SOLICITUD:	Acceso	<input type="checkbox"/> Rectificación	<input type="checkbox"/> elación	<input type="checkbox"/> ón	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------	--	----------------------------------	-----------------------------	--------------------------

Solicito expediente clinico del centro de salud N°-3 y vacunas A Nombre de Axel Emiliano Portillo Aguilar

Forma en que desea que sea entregada la información.

Copias simples (sin costo las primeras 20 hojas, a partir de la hoja 21 con costo)		Copias certificadas (sin costo las primeras 20 hojas, a partir de la hoja 21 con costo)	
--	--	---	---

Manifiesto que se me ha informado que la reproducción de documentos se encuentra sujeta a los costos previstos por la Ley de Ingresos para el Estado de Jalisco vigente al momento de realizar el pago en las Recaudadoras del Estado de la Secretaría de Hacienda del Estado de Jalisco.

RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

<p>O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO UNIDAD DE TRANSPARENCIA</p> <p>RECIBIDO</p> <p>19 MAR 2024</p> <p>ANEXOS </p> <p>FIRMA  HORA 9:00</p>		<p>Se adjuntan documentos</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
---	--	---