

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	Mauricio de Jesús	Avila	Reynoso
		Primer Apellido	Segundo Apellido
Documento de identificación	Credencial de lector		
Representante legal (opcional)			
	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

Datos de contacto para recibir notificaciones por el Sujeto Obligado OPD Servicios de Salud Jalisco	
Correo electrónico	oicirvam-ar@hotmail.com

Manifiesto que es mi voluntad y estoy conforme con recibir todas las notificaciones relativas a la presente solicitud, en la dirección de correo electrónico 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	Fco. I Madero	
	Número Exterior	#4	Número Interior #4
	Colonia/Fracc.	Centro	
	Municipio	Tequila	
	Estado	Jalisco	
	C.P.	46400	otro dato de referencia
Teléfono de contacto (opcional)		3312654972	

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 checked="" type="checkbox"/>	Rectificación <input type="checkbox"/>	Cancelación <input type="checkbox"/>	Oposición <input type="checkbox"/>
--------------------	--	--	--------------------------------------	------------------------------------

Requero se me entregue mi expediente clínico de lo registrado de fecha Octubre 2023 Diciembre 2023 del Hospital General de Occidente

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	
SERVICIOS DE SALUD JALISCO UNIDAD DE TRANSPARENCIA DEL OPD SERV. DE SALUD JAL RECIBIDO 03 ENE 2024 ANEXOS FIRMA HORA	Se adjuntan documentos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Estadísticas (opcional)

Si desea colaborar con el OPD Servicios de Salud Jalisco para contar con un estadístico relacionado con las solicitudes de acceso a la Información pública que se reciben en este sujeto obligado, lo que permite mejorar nuestros servicios, ponemos a su disposición el siguiente apartado.

Género

Mujer

☐

Hombre

☐

Edad

Menor de 18 años

De 18 a 30 años

De 30 a 59 años

De 60 o más años

Nivel Educativo

Ninguno

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Técnico

Licenciatura

Maestría

Especialidad

Doctorado

Ocupación

Hogar

Estudiante

Docente

Servidor Público

Comerciante

Jubilado

Periodista

Otro (desea especificar):

¿Es la primera vez que presenta una Solicitud de Ejercicio de Derechos ARCO?

Sí

¿Cuántas veces?

No

¿Cómo se enteró que puede acceder, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento de sus datos personales?

ITEI

INAI

OPD Servicios de Salud Jalisco

Secretaría de Salud

Medios de Comunicación

Comentario de un conocido o amigo

¿Ha visitado el Portal Web de Transparencia del OPD Servicios de Salud Jalisco?

Sí


¿Cuántas veces?

No

¿Desea hacer alguna sugerencia al OPD Servicios de Salud Jalisco sobre este trámite?

Aviso de Privacidad


El OPD Servicios de Salud Jalisco, pone a su disposición su Aviso de Privacidad Integral para su consulta en la Página de Internet oficial en el siguiente enlace: https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/M_AVISO%20DE%20PRIVACIDAD_INTEGRAL_0.pdf Así mismo, se le informa que sus datos personales solo serán utilizados para atender y dar seguimiento a esta solicitud, los cuales se encuentran sujetos a lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Jalisco y sus Municipios.



INSTITUTO NACIONAL ELECTORA

MÉXICO

CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE

AVILA

REYNOSO

MAURICIO DE JESUS

DOMICILIO

C FRANCISCO I MAADERO 4

COL CENTRO 46400

TEQUILA JAL

CLAVE DE ELECTOR

AVR1MR89012514H300

CURP

AI1RM890125HJCYYR06

ESTADO

14

MUNICIPIO

095

SECCION

2404

ANO DE REGISTRO

2007 0

LOCALIDAD

0001

EMISION

2018

VIGENCIA

2028

FECHA DE NACIMEN

25/01/1989

SEXO

H







SECRETARÍA NACIONAL ELECTORAL

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX1805793041<<2404077433799

8901251H2812313MEX<03<<06003<9

AVILA<REYNOSO<<MAURICIO<DE<JES

