

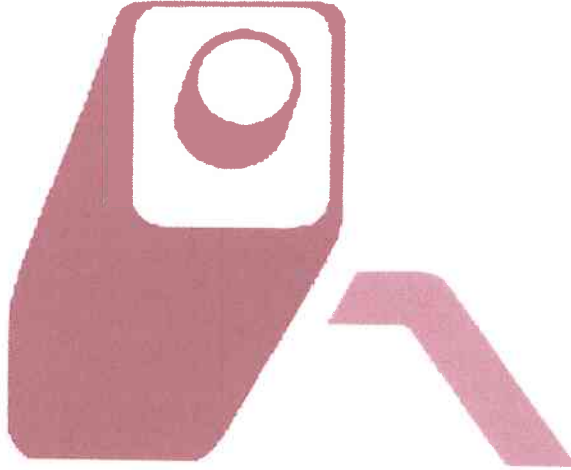


ZONA VIDEO GRABADA

Usted está siendo **video grabado** por las cámaras de seguridad de **UNIVERSIDAD KINO A.C.**, con domicilio en Calle Pbro. Pedro Villegas Ramírez, S/N, Colonia Casa Blanca, C.P. 83079, Hermosillo, Sonora.

Las imágenes y sonidos captados por las cámaras de Video-Vigilancia serán utilizados con fines de **SEGURIDAD** de estudiantes, empleados, familiares y visitantes de Universidad Kino.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá limitar su uso y divulgación, así como ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el **Aviso de Privacidad Integral** directamente nuestras oficinas o a través de nuestra página oficial: www.unikino.mx





SOLICITUD PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN

No. Folio _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR

Nombre:		
Calle y número:		
Colonia:	Ext.	Int.
Municipio:		Estado:
C.P.	Teléfono:	Correo electrónico:
Identificación:		
<input type="checkbox"/> Credencial IMSS	<input type="checkbox"/> Credencial INE	<input type="checkbox"/> Cartilla SMN
<input type="checkbox"/> Cédula Profesional	<input type="checkbox"/> Documento Migratorio	<input type="checkbox"/> Pasaporte Vigente

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:		
Documentos que acrediten la representación legal:		
<input type="checkbox"/> Instrumento público		
<input type="checkbox"/> Carta poder firmada por dos testigos		
<input type="checkbox"/> Declaración en comparecencia personal del titular		
Identificación:		
<input type="checkbox"/> Credencial IMSS	<input type="checkbox"/> Credencia INE	<input type="checkbox"/> Cartilla SMN
<input type="checkbox"/> Cédula Profesional	<input type="checkbox"/> Documento Migratorio	<input type="checkbox"/> Pasaporte Vigente

Usted desea recibir respuesta a través de:				
<input type="checkbox"/> Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Presentándose en nuestras instalaciones		
Relación con el responsable:	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Prospecto	<input type="checkbox"/> Egresado	<input type="checkbox"/> Empleado
	<input type="checkbox"/> Aspirante a empleado	<input type="checkbox"/> Ex empleado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Proveedor
Para cualquier limitación debe anexar copia de una identificación oficial vigente, la cual no debe presentar tachaduras o enmendaduras; en caso que usted sea el representante legal debe anexar carta poder o cualquier otro de los documentos antes mencionados.				

Por favor indique con una descripción clara y precisa los datos personales y finalidad o finalidades respecto a los que se busca limitar su uso o divulgación así como revocar su consentimiento.

Deseo revocar mi consentimiento de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares

Lugar y fecha de recepción de solicitud:
Hermosillo, Sonora, a _____ día(s) del mes de _____ del año 20_____
_____ Firma del Solicitante

Si usted considera que se ha negado el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, no se le ha entregado la información personal solicitada o que sus datos personales han sido lesionados por alguna conducta de nuestros empleados, usted puede iniciar el procedimiento de protección de derechos ante el IFAI; para mayor información visite el sitio de internet <http://www.ifai.mx>



Solicitud de Derechos ARCO

Protección de Datos Personales

Fecha de recepción: _____
Folio: _____

I. Datos del Solicitante o de su Representante

Solicitante (Titular): _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Representante (en su caso): _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Deberá anexarse a la solicitud documentos que acrediten la identidad del titular, y/o en su caso, también la del representante legal (INE, Pasaporte vigente, Cartilla Militar, Carta Poder, Acta de Nacimiento, etc.)

II. Tipo de Solicitud. Seleccione el tipo de solicitud a realizar con los datos personales:

- Acceso** (acceder a sus datos personales)
- Rectificación** (rectificar los datos cuando sean inexactos o incompletos.)
- Cancelación** (supresión de datos, previo período de bloqueo de los mismos)
- Oposición** (oponerse -total o parcialmente- al tratamiento de algún(os) dato(s) personal(es))

Aclaración de la acción Solicitada:

(Si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud).

III. Notificación de respuesta. Seleccione el medio a través del cual se le proporcionará respuesta a su requerimiento:

- Vía correo electrónico: _____ Personal en nuestras oficinas

IV. A fin de facilitar la localización de la información, favor de especificar el tipo de relación que ha tenido con Universidad Kino:

- Alumno (período): _____
- Prospecto (período): _____
- Egresado (período): _____
- Empleado (Puesto y período): _____
- Solicitante a empleo (período): _____
- Ex-empleado. (Puesto y período): _____
- Proveedor: _____
- Otro (especifique): _____

De conformidad a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, recibirá respuesta a su solicitud en un plazo máximo de 20 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud, de proceder, se hará efectiva dentro de los 15 días hábiles siguientes a que procedió.

Firma del Titular o del Representante Legal: _____