



**SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN
 U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES**

5.- En caso de que cuente con información adicional que facilite la búsqueda y eventual localización de los datos personales como la Unidad que considera que trata sus datos (Hospital, Centro de Salud, Unidad Administrativa) y documentos personales, por favor proporciónela (opcional).

Si requiere mayor espacio, marque la siguiente casilla y especifique el número de hojas.

Anexo _____ Hojas.

En caso de anexar documentos que ayuden a facilitar la búsqueda, indique el número de hojas:

Anexo _____ Hojas.

6.- Modalidad de entrega (obligatorio).

Seleccione la modalidad de entrega que prefiere se le otorgue la información. En caso de ser otro medio, indique el medio.

Verbal (orientación). Copia Simple.* Copia Certificada. **
 Consulta directa. Otro Medio. *** _____

Indique cual

*La información será entregada sin costo, cuando implique la entrega de no más de veinte hojas simples.

** Esta modalidad tiene costo.

*** Esta modalidad tiene costo, siempre y cuando se requieran materiales para su reproducción. En caso de que usted proporcione el medio electrónico y la Secretaría cuente con el equipo para su reproducción, será gratuito



**SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN
U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES**

7.- Domicilio o medio para recibir notificaciones (obligatorio).*

Seleccione el medio que autoriza para recibir notificaciones e indique los datos correspondientes.

Correo electrónico. _____

Domicilio particular.

Calle. Núm. Exterior. Núm. Interior. Código Postal.

Colonia. Municipio. Entidad Federativa. País.

*En el caso de que no se indique algún medio para recibir notificaciones, estas se realizarán por estrados de la Unidad de Transparencia.

8.- Medidas de accesibilidad (opcional).

En caso de que requiera la información en alguna lengua indígena favor de señalar la lengua y región.

_____ _____
Lengua indígena. Región.

En caso de que requiera la información en algún formato accesible seleccione la opción deseada:

Escritura Braille. Macrotipo (letra más grande).

Versión en audio. Otro _____

Indique cual



**SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN
U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES**

9.- Información estadística (opcional).

Con fines estadísticos seleccione e indique los siguientes datos:

Personalidad: Persona física. Persona Moral.

Sexo: Hombre. Mujer.

Edad: _____

Ocupación: _____

Nivel Académico: _____