



SOLICITUD DE DATOS PERSONALES

Fecha de recepción _____

Nombre del titular _____
Domicilio _____
Telefono _____
Correo electrónico _____

Favor de señalar el(los) derecho(s) que desea ejercer

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

Indicar con una breve explicación el motivo y/o causa que genera esta solicitud

Favor de enumerar los documentos que se anexan a la presente

Usted podrá contactar a nuestro Departamento de Datos Personales, para revisar el estatus de su solicitud en la dirección electrónica atn.clientes@sealingint.com