



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
CHIHUAHUA

## SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES

El titular tendrá derecho a solicitar la cancelación o eliminación de sus datos cuando el tratamiento de los mismos no se ajuste a lo dispuesto en la Ley, resulten inadecuados o excesivos en el sistema de datos personales, o cuando hubiere ejercido el derecho de oposición y éste haya resultado procedente. (Artículo 35 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua).

Folio de Reg. \_\_\_\_\_

*Este espacio debe de ser llenado exclusivamente por personal del  
Sujeto Obligado*

Fecha y hora de recepción:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (dd/mm/aaaa)  
\_\_\_ : \_\_\_ Hrs. (hh:mm)

### 1.- Nombre del Sujeto Obligado al que se solicita la cancelación de datos personales

\_\_\_\_\_

### 2.- Datos del solicitante

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre del representante legal, padre o tutor (anexar documento que lo acredite)

### 3.- Documento oficial con el que se identifica el solicitante o representante legal (anexar copia simple)

- Credencial IFE
- Pasaporte Vigente
- Cédula Profesional
- Licencia de Conducir
- Cartilla del Servicio Militar

### 4.- Descripción clara y precisa de los datos personales de los que solicita su cancelación o eliminación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indique las razones por las que considera que sus datos deber ser cancelados**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cualquier otro elemento que facilite la localización de sus datos**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

