



SECCIÓN: CONTRALORÍA INTERNA
NÚMERO: F.G.E.O/C.I/ARCOP___/2024

DIGITAL  FÍSICO  *Marca la forma de entrega*

Con fundamento en los artículos 109 fracción III último párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 116 fracción III, 6 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; artículo 34 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; 9 cuarto párrafo fracción I y 14 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado y Municipios de Oaxaca; Capítulo II artículo 37, artículo 69 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública; artículo 5 fracción VI, Capítulo III artículo 12, 93 fracción V de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno del Estado de Oaxaca; así como los artículo 2, 3 fracción IX, Capítulo I artículos 31, 32, 33, 34; Capítulo II artículos 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 49 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca; 1 y 31 fracción I de la Ley Orgánica de la Fiscalía General del Estado de Oaxaca; 20 fracciones I, II, X, XI, XII y 21 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Fiscalía General del Estado de Oaxaca. Por lo que esta Contraloría Interna se encuentra facultada para poder garantizar el ejercicio de derechos ARCOP; acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad al tratamiento de datos personales dirigidas a este Órgano Interno; en relación a los datos emitidos en la presentación de la Declaración Patrimonial o de Intereses en el Sistema Interno de la Fiscalía General del Estado de Oaxaca; FGEO-DECLARA así como auxiliar y orientar a los particulares en la elaboración de las mismas, por lo cual es fundamental requisitar el siguiente:

**FORMATO DE SOLICITUD DE DERECHOS ARCOP CORRESPONDIENTE A LA DECLARACIÓN PATRIMONIAL O DE INTERESES DEL SISTEMA FGEO- DECLARA.**

**1.- RESPONSABLE:** CONTRALORIA INTERNA DE LA FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO DE OAXACA

**2.- SERVIDOR PÚBLICO TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

**3.- CARGO/NOMBRAMIENTO:** \_\_\_\_\_

**4.- ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:** \_\_\_\_\_

**5.- DOMICILIO DEL EMPLEO:** \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_  
 Alcaldía/Municipio: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_ Entidad Federativa: \_\_\_\_\_

**6.- ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD:**

A fin de acreditar mi identidad, adjunto copia de la siguiente identificación oficial (pasaporte, credencial de elector, Identificación Institucional): \_\_\_\_\_

### 7.- DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL

(en caso de que se designe adjuntar Carta poder firmada ante dos testigos):

Nombre completo: \_\_\_\_\_

8.- Con fundamento en lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados artículo 3 fracción XI, solicito: (marcar con una "X" el derecho que desea ejercer):

**ACCESO.** Solicito el acceso a mis Datos Personales que obran en sus bases de datos en:

**RECTIFICACIÓN.** Solicito la rectificación o corrección de los siguientes datos, que obran en sus bases de datos: \_\_\_\_\_

**Dato incorrecto, inexacto o incompleto:** \_\_\_\_\_

**Dato correcto, exacto o completo:** \_\_\_\_\_

**Lo anterior, con base en el siguiente apartado:** \_\_\_\_\_

**CANCELACIÓN.** Solicito la cancelación de los siguientes datos, que, a mí entender, obran en sus bases de datos: \_\_\_\_\_

**OPOSICIÓN.** Manifiesto mi oposición al tratamiento de los siguientes datos, que, a mi entender, obran en sus bases de datos, por las razones que a continuación expongo: (favor de describir la situación en la que se produce el tratamiento de sus Datos Personales y mencionar los motivos por los que se opone a dicho tratamiento).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PORTABILIDAD.** \_\_\_\_\_

### 9.- OTROS ELEMENTOS O DOCUMENTOS QUE FACILITEN LA LOCALIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, así mismo que bajo los términos antes mencionado en este formato, autorizo y emito voluntariamente mis datos personales a la Contraloría Interna para poder llevar a cabo la solicitud a mi Derechos ARCOP, mismos que deberán tener un tratamiento especial tal y como lo establece el artículo 6, apartado A, fracciones I y II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y demás normatividad aplicable en la materia.*

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA  
TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES  
O REPRESENTANTE LEGAL.  
(fecha y hora)