

GRUPO COMCAST, S.A. DE C.V.

DEPARTAMENTO DE ÁREA DE PRIVACIDAD

Fecha de recepción

PRESENTE:

Folio

**I. DATOS DEL SOLICITANTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

SOLICITANTE (TITULAR)	_____	_____	_____
	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
REPRESENTANTE LEGAL (EN SU CASO)	_____	_____	_____
	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

**II. TIPO DE SOLICITUD. SELECCIONE EL TIPO DE SOLICITAR A REALIZAR CON DATOS PERSONALES:**

- Acceso
- Rectificacion
- Oposición
- Cancelacion
- Negativa de trato / Revocacion al consentimiento/ Negarse a transferencia de los datos personales

Aclaracion de la accion 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 PROPORCIONARÁ RESPUESTA A SU REQUERIMIENTO**

- En el domicilio \_\_\_\_\_
- Via correo electronico \_\_\_\_\_

**IV. A FIN DE FACILITAR LA LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN, FAVOR DE ESPECIFICAR EL TIPO DE RELACIÓN DE HA TENIDO CON GRUPO COMCAST.**

- Cliente
- Proveedor
- Empleado
- Solicitante a empleo (período); Ex-empleado. (puesto y período)
- 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 precedió, cualquier cambio en el presente formato, puede consultarse en [WWW.COMCAST.COM.MX](http://WWW.COMCAST.COM.MX)