

**SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO  
CLEARVOICE, S.A. DE C.V. (en adelante identificada como "CLEARVOICE")**

Fecha de envío de solicitud

**DATOS DEL TITULAR**

NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES:

|                  |                  |           |
|------------------|------------------|-----------|
|                  |                  |           |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |

DOMICILIO DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES:

|       |              |              |         |      |
|-------|--------------|--------------|---------|------|
|       |              |              |         |      |
| Calle | No. Exterior | No. Interior | Colonia | C.P. |

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
|                      |                    |
| Alcaldía o Municipio | Entidad Federativa |

|          |                    |
|----------|--------------------|
|          |                    |
| Teléfono | Correo Electrónico |

**DATOS DEL REPRESENTANTE**

|                                |
|--------------------------------|
|                                |
| Nombre completo o Razón social |

DOMICILIO:

|       |              |              |         |      |
|-------|--------------|--------------|---------|------|
|       |              |              |         |      |
| Calle | No. Exterior | No. Interior | Colonia | C.P. |

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
|                      |                    |
| Alcaldía o Municipio | Entidad Federativa |

|          |                    |
|----------|--------------------|
|          |                    |
| Teléfono | Correo Electrónico |

**DERECHOS QUE EJERCE EL TITULAR O REPRESENTANTE**

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

**DESCRIPCIÓN CLARA, PRECISA Y DETALLADA DE LOS DATOS PERSONALES RESPECTO DE LOS CUALES ESTÁ EJERCIENDO SUS DERECHOS ANTES MENCIONADOS**

En caso de solicitud de rectificación, indicar de la manera más detallada posible, donde se encuentran los datos personales que está solicitando rectificar y acompañar con la documentación correspondiente.

En caso de revocación del consentimiento otorgado, indicar a través de qué medio y la fecha en que se otorgó su consentimiento y las finalidades respecto de las cuales está ejerciendo su derecho de revocación.

**SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO  
CLEARVOICE, S.A. DE C.V. (en adelante identificada como "CLEARVOICE")**

Indique los medios a través de los cuales desea recibir las notificaciones vinculadas al ejercicio de sus derechos

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Notificación a su domicilio | <input type="checkbox"/> Correo electrónico | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
|--|---|--|

Indicar correo electrónico

Indicar domicilio completo

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input style="width: 98%;" type="text"/> | <input style="width: 98%;" type="text"/> | <input style="width: 98%;" type="text"/> | <input style="width: 98%;" type="text"/> | <input style="width: 98%;" type="text"/> |
| Calle                                    | No. Exterior                             | No. Interior                             | Colonia                                  | C.P.                                     |
| <input style="width: 98%;" type="text"/> |  |  | <input style="width: 98%;" type="text"/> |  |
| Alcaldía o Municipio                     |  |  | Entidad Federativa                       |  |

**NOTAS:**

El Titular, o en su caso, el Representante legal deberán acompañar la documentación que acredite su identidad y en su caso, la carta poder del representante legal

Nombre y firma del Titular o Representante Legal

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos expresados en el presente formulario son verdaderos, incluyendo los datos y la documentación que acreditan la identidad del Titular y/o el Representante legal