

**SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
UNIVERSIDAD PABLO GUARDADO CHÁVEZ, S.C. (en adelante identificada como "UPGCH")**

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

Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia	C.P.
Delegación 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.