

FICHA DE DATOS PERSONALES

Aviso de Privacidad Simplificado

La Dirección de Auditoría _____ de la Auditoría Superior del Estado de Chiapas, es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

Se recaban sus datos personales con la finalidad de utilizarlos en la elaboración de actas circunstanciadas, papeles de trabajo, expedientes de auditoría y de resultados con acciones emitidas; así como, en la realización de requerimientos de información, citatorios y notificaciones; mismos que se practican durante el proceso de revisión y fiscalización de la Cuenta Pública _____.

Al proporcionar sus datos personales, el titular, consiente que la Dirección de Auditoría _____ de la Auditoría Superior del Estado de Chiapas, recopile, utilice y/o transfiera su información personal de acuerdo al presente aviso de privacidad.

El titular de los datos personales podrá ejercer sus derechos ARCO acudiendo personalmente a nuestra Unidad de Transparencia, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia <http://www.plataformadetransparencia.org.mx/> o por medio del correo electrónico ut@asechiapas.gob.mx

Se le informa que se realizarán transferencias de sus datos personales que no requieren su consentimiento, de conformidad con lo señalado en el artículo 70, fracciones I, II y III de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y en el artículo 95 fracciones I, II y III de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Chiapas.

Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral en: <http://www.asechiapas.gob.mx>, así como en el área de recepción de las instalaciones de esta Auditoría Superior del Estado.

ENTIDAD FISCALIZADA: _____

TITULAR _____

TESTIGO _____

ENLACE _____

NOMBRE:	_____		
DOMICILIO PARTICULAR:	_____		
DOMICILIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:	_____		
TELÉFONO DE DOMICILIO:	_____	TELÉFONO CELULAR:	_____
CORREO ELECTRÓNICO:	_____	PROFESIÓN:	_____
RFC:	_____		

_____, CHIAPAS; A LOS ____ DÍAS DEL MES DE _____ DE 20____.

NOMBRE Y FIRMA

ASE/APEMEMP/SA_RG-23



AUDITORÍA SUPERIOR
DEL ESTADO DE CHIAPAS

SE REQUIERE ANEXAR FOTOCOPIA DE LA CREDENCIAL PARA VOTAR Y DEL NOMBRAMIENTO OFICIAL.

ASE/AEPEMEP/SA_RG-23

Libramiento Norte Poniente No. 476 Fraccionamiento Santa Clara C.P. 29014
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Tels. (961) 3 46 85 20
www.asechiapas.gob.mx