



Fecha: \_\_\_\_\_

**Lic. Jacqueline Ordoñez Brasdefer**  
**PRESIDENTA DE LA COMISIÓN ESTATAL**  
**DE DERECHOS HUMANOS DE TLAXCALA**  
**Presente.**

A través del presente escrito, comparezco ante Usted para presentar QUEJA en contra de las autoridades y/o servidores públicos que más adelante menciono, por considerar que violaron mis derechos humanos.

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

**Domicilio Particular:** \_\_\_\_\_

Calle

Número

C.P. \_\_\_\_\_

Colonia

**Municipio:** \_\_\_\_\_ **Entidad Federativa:** \_\_\_\_\_

**Referencia del domicilio:** \_\_\_\_\_

**Lugar de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Nacionalidad:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

Móvil

Casa

Oficina

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Grado de Estudios:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Señale si pertenece a uno o más de los siguientes grupos:**

- |                                                                    |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adultos Mayores                           | <input type="checkbox"/> Periodista                             |
| <input type="checkbox"/> Personas con Discapacidad                 | <input type="checkbox"/> Defensores civiles de Derechos Humanos |
| <input type="checkbox"/> Población Afromexicana y afrodescendiente | <input type="checkbox"/> Personas privadas de su libertad       |
| <input type="checkbox"/> Población de la comunidad LGBTIQ+         | <input type="checkbox"/> Pueblos o comunidades indígenas        |
| <input type="checkbox"/> Personas que viven con VIH                |                                                                 |





**Peticiones a la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tlaxcala:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Manifiesto que en caso de que sea posible conciliar la presente queja, **SI ( ) NO ( )** Autorizo a la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tlaxcala para tal fin.

Asimismo, **SI ( ) NO ( )** autorizo que mis datos personales se den a conocer a la opinión pública dentro de la resolución emitida por éste Organismo Autónomo, después de su notificación, mediante un extracto de la misma, en los medios de comunicación; además, de la publicación del texto íntegro en la página y medios electrónicos oficiales de la Comisión.

AVISO DE PRIVACIDAD

En atención a lo dispuesto por los artículos 1, 2, 4, 7, 24,25 fracción VI y 26 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Tlaxcala;1,2, 3 fracción III,6,7,8,9,10,11,12,13,14, 15, 16 y 17 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Tlaxcala; 5 de la Ley, 13 y 85 del Reglamento Interior, ambos ordenamientos de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tlaxcala; se le informa que sus Datos Personales serán protegidos y se concentrarán en el Sistema de Datos Personales, cuya finalidad es llevar un control de las personas a las que se les brinda el servicio y los cuales únicamente podrán ser utilizados para el ejercicio de las atribuciones y fines legales conferidos a la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tlaxcala. Finalmente hago de su conocimiento que el Oficial de Protección de Datos Personales es quien atenderá las preguntas relacionadas con el tratamiento y resguardo de sus datos personales y así mismo atenderá las solicitudes para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO) de este Organismo Autónomo.

En \_\_\_\_\_, Tlaxcala.  
**Población**

\_\_\_\_\_  
**Firma o huella digital**