

CONSENTIMIENTO PARA RECABAR Y TRATAR DATOS PERSONALES EN LAS VISITAS DE VERIFICACIÓN CON VIDEOGRABACIÓN

El visitado, _____, por mi propio derecho y en carácter de _____ del establecimiento denominado _____, mediante la firma del presente documento, autorizo y otorgo mi consentimiento a la Secretaría de Salud de Coahuila de Zaragoza y/o al Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado "Servicios de Salud de Coahuila de Zaragoza", para recabar y tratar mis datos personales, con la finalidad de realizar la visita de verificación con videograbación, los cuales serán protegidos por dicha autoridad, quien es la responsable del tratamiento de los datos personales que recabe, de conformidad con lo establecido en el artículo 6, fracción I y V, 68, 69 fracción I y II, de la Ley de Acceso a la Información Pública para el Estado de Coahuila de Zaragoza, artículos 3 fracción IX, 7, 10, 11, 12, 15 y 67 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Coahuila de Zaragoza y demás normatividad aplicable en materia de transparencia.

Asimismo, autorizo que se realice la visita de verificación con videograbación, para fortalecer el correcto y adecuado cumplimiento de las funciones encomendadas al personal verificador de la Secretaría de Salud de Coahuila de Zaragoza y/o al Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado "Servicios de Salud de Coahuila de Zaragoza", y generar confianza en la persona verificada, para incidir de manera positiva en el proceso administrativo que se desarrolle.

En consecuencia, declaro que los datos personales proporcionados son veraces y auténticos y hago constar que externo mi voluntad en forma libre, a mi entera satisfacción y con pleno conocimiento de los alcances de esta manifestación.

Finalmente, se me informó que, de dar mi negativa para el uso de la videograbación, esto no será motivo para detener el proceso de visita de verificación.

De la misma forma, declaro que he leído y conozco el Aviso de Privacidad Integral de la a la Secretaría de Salud de Coahuila de Zaragoza y/o al Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado "Servicios de Salud de Coahuila de Zaragoza", en el que se me informó el tratamiento que se les dará a mis datos personales.

Firma de conformidad

Nombre y firma