



Fecha: ____/____/____

Lugar: _____

Nombre del Derechohabiente: _____

No. De Afiliación: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Yo en mi carácter de derechohabiente de Pensiones Civiles del Estado, autorizo expresamente de manera informada y voluntaria a Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua para el tratamiento de mis datos personales, consistentes en: expediente clínico, manejo de citas, fila virtual y demás que resulten aplicables de manera virtual, con la finalidad de dar tratamiento de datos personales en servicios, aplicaciones e infraestructura de cómputo en la nube y otras materias por parte del Organismo que autorizo.

Lo anterior toda vez que los datos personales se encuentran protegidos por el artículo 5, fracción XII de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chihuahua, y el artículo 11, fracción VII y IX, 73 y 91 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua.

Así mismo expresamente y de forma voluntaria autorizo a el/la C. _____, para que pueda acceder y manejar mi información de datos personales en servicios, aplicaciones e infraestructura de cómputo en la nube y otras materias, a través de las herramientas digitales que desarrolla, ofrece, maneja y administra Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

Nombre y firma del titular de los datos personales

(Se deberá adjuntar copia de las identificaciones oficiales de la persona derechohabiente y la persona autorizada)

Presentar por duplicado



Fecha: ____/____/____

Lugar: _____

Nombre del Derechohabiente: _____

No. De Afiliación: _____

Nombre del Representante Legal
del Derechohabiente: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Yo en mi carácter de _____ del derechohabiente de Pensiones Civiles del Estado el/la C. _____, autorizo expresamente de manera informada y voluntaria a Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua para el tratamiento de los datos personales, consistentes en: expediente clínico, manejo de citas, fila virtual y demás que resulten aplicables de manera virtual, con la finalidad de dar tratamiento de datos personales en servicios, aplicaciones e infraestructura de cómputo en la nube y otras materias por parte del Organismo que autorizo.

Lo anterior toda vez que los datos personales se encuentran protegidos por el artículo 5, fracción XII de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chihuahua, y el artículo 11, fracción VII y IX, 73 y 91 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua.

Así mismo expresamente y de forma voluntaria informo que en mi carácter de _____ del derechohabiente de Pensiones Civiles del Estado señalado al rubro, seré la persona que pueda acceder y manejar su información de datos personales en servicios, aplicaciones e infraestructura de cómputo en la nube y otras materias, a través de las herramientas digitales que desarrolla, ofrece, maneja y administra Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

Nombre y firma del Representante Legal de Derechohabiente

(Se deberá adjuntar copia de la identificación oficial del Representante Legal del derechohabiente, así como de los documentos que acrediten tal carácter) **Presentar por duplicado**

