

AUTORIZACION PARA EL USOS DE DATOS PERSONALES

Por medio del presente, _____, Mayor de edad, con domicilio en _____, Documento de Identidad No. _____, quien actúa en calidad de _____ y , por tanto , en nombre y representación de _____, Documento de Identidad No. _____, con domicilio en _____.

AUTORIZA A:

La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, con NIt. 891.800.231-0 y con domicilio de notificaciones en Cra. 11 No. 25 – 25; De conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en <https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/>, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: juridicanotificaciones@hospitalsanrafaeltunja.gov.co, línea gratuita Nacional: (57) 01 8000 91 87 31 y en Tunja (57) 607 7405030.

Se suscribe en la ciudad de _____, el día _____ (__) de _____ de 20__.

Firma _____
Nombre _____
Cédula _____

