

NO CONSENTIMIENTO PARA RECABAR Y TRATAR DATOS PERSONALES EN LAS VISITAS DE VERIFICACIÓN CON VIDEOGRABACIÓN

(Ciudad), Quintana Roo a (día) de (mes) del (año)
Número de Acta: _____

El visitado, _____ por mi propio derecho, mediante la firma del presente documento, **NO** autorizo **NI** otorgo mi consentimiento a la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo, para recabar y el tratamiento de mis datos personales, con la finalidad de realizar la **visita de verificación con videograbación**, de conformidad con lo establecido en el artículo 1, 137 y 141, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Quintana Roo, y en el artículo 4 fracción IX, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17 y 76 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Quintana Roo y demás normatividad aplicable en materia de transparencia.

Por lo que hago constar que externo mi voluntad en forma libre, a mi entera satisfacción y con pleno conocimiento de los alcances de esta manifestación y que esto **NO** impide la realización de la visita de verificación sanitaria en cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia de Regulación, Control y Fomento Sanitario, por lo que todo lo asentado en el acta de verificación quedara circunstanciado por parte del personal verificador quedando firme, teniendo derecho de manifestar lo que a mi derecho convenga en la misma acta.

Cabe señalar, que todo lo actuado en la visita de verificación por ser practicado por una autoridad sanitaria es una documental publica con pleno valor probatorio.

Firma de NO conformidad

Nombre y firma del visitado