

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, autorizo y 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, 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 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.

En consecuencia, declaro que los datos personales proporcionados son veraces y auténticos, 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.

Asimismo, autorizo que se realice la visita de verificación con videograbación, para que sirva como evidencia física, quedando grabadas en video las acciones que fortalecerán el correcto y adecuado cumplimiento de las funciones encomendadas al personal en funciones de verificación de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo, y que le generará confianza a la persona verificada, para incidir de manera positiva en el proceso administrativo que se desarrolla.

Por lo anterior, otorgo mi consentimiento para que la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo, recabe y utilice mis datos personales para los fines arriba descritos.

Hago constar que externo mi voluntad en forma libre, a mi entera satisfacción y con pleno conocimiento de los alcances de esta manifestación.

De la misma forma, declaro que he leído y conozco el Aviso de Privacidad Integral denominado "Aviso de Privacidad de las Cámaras de Videograbación de Solapa durante Verificaciones Sanitarias" de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo, en el que se me informó el tratamiento que se les dará a mis datos personales.

Firma de conformidad

**Nombre y firma de la persona titular a quien
corresponden los datos personales**