

Formato para recabar el consentimiento expreso y por escrito de la persona titular de datos personales

Denominación del proceso

Servicio Médico

En cumplimiento a lo establecido por los artículos 3, fracción VIII; 7; 11; 14 y 15 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normativa aplicable, consiento que sean tratados por la Auditoría Superior de la Federación, mis datos personales siguientes:

1. Datos de identificación.
2. Datos de salud.

Lo anterior, ya que tales datos son necesarios para el cumplimiento de la finalidad siguiente:

1. Realizar la revisión médica
2. Formular un diagnóstico médico
3. Sugerir el medicamento correspondiente
4. Auxiliarse en la atención de accidentes o emergencias

Asimismo, manifiesto que conozco y he leído el Aviso de Privacidad Integral.

Atentamente

(Nombre y firma de la _____
persona titular de los datos o de su representante)

Nota: Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) o, revocar su consentimiento, personalmente o través de su representante, para lo cual podrá acudir a la **Unidad de Transparencia**, ubicada en Carretera Picacho Ajusco No. 167, Col. Ampliación Fuentes del Pedregal. C.P. 14110, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México; realizarlo a través del correo electrónico: unidadtransparencia@asf.gob.mx o por medio de la Plataforma Nacional de Transparencia <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/Inicio>