



### AUTORIZACIÓN DE USO Y RESGUARDO DE DATOS PERSONALES

Lugar: \_\_\_\_\_, Veracruz. A \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**MTRA. ELIZABETH ESCAMILLA REYES  
DIRECTORA ADMINISTRATIVA  
DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**

Por medio del presente declaro que me fue entregado y he leído el Aviso de Privacidad para el Uso y Almacenamiento de Datos Personales de la Secretaría de Salud y el O.P.D. Servicios de Salud de Veracruz.

Por lo que **ACEPTO** y **AUTORIZO** a Servicios de Salud de Veracruz para que use y resguarde mis datos personales y/o sensibles con la finalidad de realizar las gestiones necesarias para mi contratación, permanencia y demás actividades que resulten aplicables, lo anterior con fundamento en los artículos 77, 88 y 89 de la Ley Número 316 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, y conforme al Aviso de Privacidad para el Uso y Almacenamiento de Datos Personales de la Secretaría de Salud y el O.P.D. Servicios de Salud de Veracruz.

Del mismo modo, siempre que así lo estime, podré ejercer mis derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición), dirigiéndome a la Unidad de Transparencia del Organismo.

**A T E N T A M E N T E**

---

**NOMBRE Y FIRMA:**

**RFC:**

**CURP:**

C.c.p. Expediente personal

