

Lista de participantes para Capacitación del “Plan Estratégico Sectorial para la Implementación de Guías de Práctica Clínica (PESIGPC) mediante Algoritmos de Atención Clínica”.

Nombre del evento: _____

Fecha del evento (inicio y término): _____ Sede: _____

Horario del evento: _____ Ciclo 1 Ciclo 2 Ciclo 3

| No. | NOMBRE(S) Y APELLIDOS | PUESTO | ADSCRIPCIÓN | SEXO (hombre /mujer) | EDAD | DISCAPACIDAD SI/NO, CUÁL | RFC | FIRMA |
|-----|-----------------------|--------|-------------|----------------------------|------|-----------------------------|-----|-------|
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | | |

Aviso de privacidad

La Secretaría de Salud de Veracruz, es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione. Sus datos personales, serán utilizados para las siguientes finalidades: a) Registrar su inscripción a la modalidad de capacitación que haya elegido; b) generar listas de asistencias y validación de las mismas; c) emisión de constancia de acreditación o asistencia de acuerdo a la modalidad y criterios de que se trate; d) establecer comunicación para dar seguimiento de los cursos o aclaración de dudas sobre sus datos, notificación de cancelación o cambio de horario, fecha o sede. De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención: a) envío de material de exposición o consulta; b) invitaciones a futuros eventos y c) generar estadísticas para informes obligatorios de la Secretaría de Salud de Veracruz ante otros organismos públicos o privados. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo mediante el correo electrónico capacitacion.salud.ver@gmail.com Se informa que no se realizarán transferencias que requieran su consentimiento, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, debidamente fundados y motivados. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral de la dirección electrónica <https://www.saver.gob.mx/transparencia/informacion-publica-de-oficio-articulo-8-ltyaip/aviso-de-privacidad/>